UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 - N° 189

CONTRIBUTION

à l'étude des suites lointaines des Gastrectomies pour Ulcères de l'Estomac et du Duodénum

(90 Observations)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1953

PAR

PIERRE-MARIE LE GUEN

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies
Diplômé de Médecine Tropicale
Certifié d'Etudes Spéciales de Médecine Aéronautique

Né à Crozon (Finistère), le 15 Octobre 1927

Examinateurs de la Thèse

MM. DUFOUR, Professeur ..... *Président.*
POUYANNE, Professeur ..... *Juges*
RIGAUD, Agrégé ..... *Juges*
TINGAUD, Agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE TAFFARD
6, Rue Métivier
1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 - N° 189

CONTRIBUTION

à l'étude des suites lointaines des Gastrectomies pour Ulcères de l'Estomac et du Duodénum

(90 Observations)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1953

PAR

PIERRE-MARIE LE GUEN

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies
Diplômé de Médecine Tropicale
Certifié d'Etudes Spéciales de Médecine Aéronautique

Né à Crozon (Finistère), le 15 Octobre 1927

Examinateurs de la Thèse

MM. DUFOUR, Professeur ..... *Président.*
POUYANNE, Professeur ..... *Juges*
RIGAUD, Agrégé ..... *Juges*
TINGAUD, Agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE TAFFARD
6, Rue Métivier
1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens honoraires MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
Doyen : M. PORTMANN. — **Assesseur :** M. SIGALAS.

Professeurs honoraires :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET.

Professeurs :

	MM.
Clinique médicale	CREYX. / BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN. / MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathologique et miscrocopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE.
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN.
Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	N...

Professeurs sans chaire :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique).

Maîtres de Conférences Agrégés

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Anatomie pathologique	LÉGER.
Anatomie	RIGAUD.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE.

	MM.
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER. / QUILICHINI.
Pharmacie (3e section)	CAZAUX.
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

Agrégés en Exercice :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY. / F.-J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN. / LENG-LEVY. / LAVIGNOLLE. / MORETTI
Chirurgie générale	LAUMONIER. / CHAVANNAZ. / VILLAR. / TINGAUD. / DEPAULIS.

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE. / FAUGÈRE.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiâtrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-Stomatologie	BENOIT.
Urologie	LANGE.

Agrégé libre :

M. MAHON (Obstetrique)

Cours Complémentaires :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	VERGER. / PÉRY.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI. / COUSTOU.
Obstétricie sociale	MAHON.

	MM.
Anatomie	CABANIÉ.
Cryptogamie	LAUBIE.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE - A MON PERE

A qui je dédie ce travail, témoignage de l'immense reconnaissance que je leur dois et de l'amour que je leur porte.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY BOËNNEC

De multiples liens nous unissent à lui. Il nous a appris à aimer notre profession. Nous le prions d'accepter l'expression de notre affectueux et dévoué attachement.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE
ANDRE HEBRAUD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE LA MARINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
ANCIEN CHEF DES SERVICES CHIRURGICAUX DE L'HÔPITAL MARITIME DE BREST

En témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance et les précieux conseils qu'il nous a prodigués pendant l'élaboration de ce travail, qu'il nous a inspiré. Nous lui adressons nos sentiments les plus respectueux.

A MONSIEUR LE MEDECIN PRINCIPAL J.-Y. NICOL

CHIRURGIEN DE LA MARINE
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui nous encouragea à mener à bien cette enquête. Remerciements respectueux.

AU DOCTEUR POULIQUEN, DE BREST

A TOUS LES MEDECINS DE LA MARINE
QUI M'ONT AIDE DANS CE TRAVAIL :
LES MEDECINS DES HOPITAUX MARITIMES
DE BREST-LANDERNEAU
LES DOCTEURS COTTY, NUN ET FICHEZ,
DE L'ARSENAL ET DE LA DIRECTION DU PORT DE BREST
LES DOCTEURS MAURICE, PUECH ET VERON,
MEDECINS DES GENS DE MER
DES QUARTIERS DU GUILVINEC, AUDIERNE ET CONCARNEAU

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL DE 2e CLASSE GALIACY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
MÉDAILLE DE LA RÉSISTANCE
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE SIMON

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
MÉDECIN DES HÔPITAUX MARITIMES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE
MÉDAILLE D'ARGENT DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

AUX PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE TINGAUD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE RIGAUD

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ANATOMIE
PROFESSEUR AGRÉGÉ DES ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a toujours réservé un accueil plein de bienveillance et de sollicitude.
En Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUYANNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
OFFICIER D'ACADÉMIE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUFOUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Il y a vingt ans, le Médecin se devait de mettre en balance les risques d'une maladie ulcéreuse gastro duodénale résistant à ses soins (hémorragies, perforation et cancérisation) et le risque vital d'une résection gastrique.

A l'heure actuelle le problème ne se pose plus sous le même angle. La gastrectomie est une pratique courante.

Notre étude n'a porté que sur le personnel de la Marine à Brest, où nous avons relevé cent cinq cas. L'Arsenal, pour un effectif d'environ six mille hommes, nous a permis d'étudier soixante cas — soit un gastrectomisé pour cent ouvriers.

La thérapeutique idéale de l'ulcère gastro-duodénal serait-elle la gastrectomie ? Les résultats seraient-ils satisfaisants ?

Ou, au contraire, cette résection large serait-elle « la mutilation grave d'un organe nécessaire ? ».

Nous avons voulu nous faire une idée de ces résultats lointains en nous basant sur des faits objectifs.

Dans la littérature médicale on se préoccupe depuis quelques années de se faire une idée sur le sujet. Certains s'attachent à décrire les complications, oublient les bons résultats. Il ne se passe pas de semaines que des statistiques ne soient publiées, dont chaque fois les conclusions alarmantes viennent jeter le discrédit sur la gastrectomie.

Une ablation quasi totale de l'estomac semble illogique lorsqu'on examine cette surface souvent minime de teinte violacée, cerclée d'un léger œdème qu'on appelle ulcère. De prime abord, on conçoit mal que la thérapeutique médicale en 1953 n'ait pu faire oublier la gastrectomie pour ulcère. L'ulcus n'est pas l'atteinte locale d'une partie de la muqueuse gastro-duodénale, mais une maladie générale de toute la paroi.

Nous avons souvent relevé dans les fiches cliniques, des résections effectuées un an après une suture, d'ulcère perforé. Ce dernier avait guéri, mais un autre plus jeune était apparu. Cette maladie ulcéreuse a souvent été la cause de rechute après résection insuffisante. La notion de technique opératoire parfaite doit être capitale pour éviter ces récidives.

Ce travail que nous consacrons à l'étude des résultats éloignés de gastrectomie large pour ulcère gastro-duodénal, est basé sur l'étude de quatre-vingt-dix malades gastrectomisés, à des dates s'échelonnant de 1930 à 1952.

Nous avons divisé notre étude en plusieurs chapitres :

1°) - *MODE D'INVESTIGATION.*

2°) - *TECHNIQUE OPERATOIRE PRATIQUEE.*

3°) - *CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUES DE L'ESTOMAC RESEQUE.*

4°) - *OBSERVATIONS RESUMEES.*

5°) - *PATHOLOGIE DES SEQUELLES DE GASTRECTOMIE (Etude comparée des diverses statistiques avec les nôtres).*

6°) - *TABLEAU SYNOPTIQUE exposant les divers troubles que nous avons rencontrés.*

7°) - *GASTRECTOMIE - PROBLEME SOCIAL.*

8°) - *CONCLUSIONS.*

CHAPITRE I

MODE D'INVESTIGATION

L'étude des résultats du traitement chirurgical des ulcères comporte des difficultés. Il faut retrouver, examiner, classer les opérés avant de rassembler les éléments d'une conclusion probante.

La tâche semble plus aisée lorsque les gastrectomisés appartiennent à une collectivité, comme celle du personnel de la Marine de Brest. Chaque marin, chaque ouvrier de l'Arsenal, possède un livret médical où sont notés le motif et la durée des arrêts de travail ainsi que les résultats des examens périodiques de santé.

Disons quelques mots sur la méthode d'investigation utilisée :

Au départ de cette enquête nous avions noté les gastrectomies opérées dans les services chirurgicaux de l'Hôpital Maritime de Brest, les méthodes de préparation, la technique opératoire, l'observation des opérés étant toujours identique, nos statistiques auraient présenté plus d'homogénéité. Nous avions ainsi recueilli quatre-vingt-seize observations. Après avoir consigné sur la première feuille du modèle ci-après le résumé de la feuille de clinique, nous devions adresser le questionnaire imprimé au patient qui devait nous répondre par lettre. Une tentative avait été lancée en Décembre 1952. Nous avions ainsi obtenu vingt-et-une réponses sur quarante questionnaires expédiés.

De nombreuses lettres nous revenaient avec la mention « Adresse incomplète », d'autres furent laissées sans réponse. Un décès nous fut signalé.

(Nous donnons ci-après les modèles de fiche et de questionnaire établis par les Docteurs Hébraud et Nicol).

FICHE D'OBSERVATION

SUITES DE GASTRECTOMIE

NOM : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Date de début clinique : .....

Modalités évolutives : .....

.....

.....

Radios : .....

.....

.....

Diagnostic pré-opératoire - Poids : .....

.....

Intervention { En ville : .....
Hôpital Maritime Brest : .....

Examen Anatomo-Pathologique : .....

.....

.....

Suites opératoires .....

Poids à l'exeat .....

Rehospitalisations éventuelles .....

et suites connues .....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE

SUITES DE GASTRECTOMIE

NOM : ..... *Prénoms :* .....

Qualité : .....

Adresse : .....

1°) Faites-vous votre travail normal ? Oui - Non.

Combien de temps de convalescence avez-vous eu entre l'opération et la reprise du travail ? .....

Quelles sont les positions administratives que vous avez eues entre la convalescence intégrale et la reprise normale du service ? (poste doux, distraction de la liste d'embarquement, changement de spécialité). - Positions administratives spéciales (retraite, congé de longue durée, non activité, etc...).

.....

.....

2°) Avez-vous un fonctionnement digestif normal ? Oui - Non.

Alimentation normale ? Oui - Non.

Petits repas ? Oui - Non. Combien ? .....

Douleurs ? Oui - Non.

Vomissements ? Oui - Non.

Diarrhée ? Oui - Non.

Tendance aux syncopes après un grand repas ? Oui - Non.

3°) Santé actuellement bonne ? Oui - Non.

Poids actuel ? .....

Etes-vous anémié ? Oui - Non — Date et résultat du dernier examen de sang : .....

Toussez-vous ? Oui- Non — Date et résultat du dernier examen radiologique des poumons : .....

Quelles sont les maladies que vous avez eues depuis votre opération ? .....

.....

.....

.....

Il nous était impossible de nous rendre auprès de chaque individu, ceux-ci n'habitant pas tous l'agglomération brestoise.

Nous devions donc compléter nos méthodes de recherche. La Médecine du Travail de l'Arsenal de Brest devait nous aider considérablement dans cette étude. En effet, grâce à l'aimable collaboration de tout le personnel de cet organisme, nous devions découvrir soixante gastrectomisés pour ulcère sur environ six mille dossiers compulsés, représentant l'effectif de l'Arsenal de Brest et de la Pyrotechnie de Saint-Nicolas.

La direction du Port Militaire de Brest nous permettait d'y ajouter sept dossiers.

Les fichiers des Services Médicaux de l'Hôpital Maritime nous faisaient découvrir cinq nouveaux cas.

Le Médecin des Gens de Mer de Concarneau nous faisait parvenir quatre dossiers.

Notre étude portait donc sur :

21 dossiers complets des Services Chirurgicaux ;
60 » de l'Arsenal ;
7 de la Direction du Port ;
5 des Services Médicaux ;
4 » de l'Inscription Maritime de Concarneau.

---

97 dossiers.

En fait, notre étude statistique ne porte que sur quatre-vingt-dix dossiers. Nous avons écarté sept opérés dont les dossiers sont incomplets ou ont été égarés.

Une difficulté se présentait. Ces interventions avaient été pratiquées par différents chirurgiens, tant civils [1] que de la Marine.

A notre plus grand plaisir, nous avons noté que leurs techniques opératoires étaient sensiblement la même pour tous, à savoir la technique de Polya ou de Finsterer dont nous dirons quelques mots par la suite.

---

(1) DD^rs Pouliquen et son fils en particulier.

Autre difficulté, nous ne pouvions nous arrêter à l'étude du devenir des gastrectomisés d'il y a cinq ans. Nous n'aurions pas réuni suffisamment de sujets.

Notre étude porte sur :

9 Gastrectomies vieilles de plus de dix ans ;
35 » » » de cinq ans ;
21 » » » de deux ans ;
23 » » » de un an.

Restait à contacter ces gens.

La plupart étaient en activité ;
d'autres étaient en retraite ;
d'autres malades.

Grâce à la complaisance des opérés eux-mêmes, des médecins de l'Arsenal, des Hôpitaux de la Marine, du Port de Brest, nous avons pu compléter aussi bien que possible ces dossiers.

Nous avions d'autre part toute latitude de faire pratiquer à ces patients tout examen clinique, biologique et radiologique que pouvait nécessiter leur état.

Dans un souci d'objectivité, nous n'avons par hésité à faire appel à ces compléments.

Précisons que nos sujets ont été examinés de Janvier à Mars 1953, date à laquelle s'arrête notre enquête.

CHAPITRE II

L'INTERVENTION

Une bonne préparation des malades, une technique correcte, une surveillance étroite des opérés, améliorent les résultats.

La décision opératoire peut être prise dans deux circonstances différentes. Les complications aiguës imposent un acte chirurgical urgent, mais il en va tout autrement de l'ulcère simple pour lequel il est possible de s'entourer de toutes les précautions désirables.

Il est préférable de n'intervenir qu'en dehors de toute crise. L'œdème, l'infiltration périulcéreuse ayant rétrocédé, les difficultés locales en seront d'autant diminuées et de plus il semble que l'on réduise aussi les risques de séquelles.

Monges, Vagne et Ménard citent les règles qui doivent permettre en grande partie d'éviter ces séquelles :

1° - Opérer dans les meilleures conditions sociales, alimentaires, dentaires, les sujets ayant un ulcère gastroduodénal.

2° - Ne faire que des gastrectomies justifiées pour lésions certaines.

3° - Ces gastrectomies doivent être étendues et réalisées suivant le procédé de Finsterer (transmesocolique).

4° - Elles ne doivent pas être précoces, un grand nombre d'ulcères guérissant par le traitement médical.

5° - Les régimes alimentaires qualitatifs et surtout quantitatifs avec prescription de petits repas doivent être institués systématiquement dès la gastrectomie et pendant les premiers mois qui la suivent.

6° - Il ne faut pas compter sur la guérison par la gastrectomie, d'une dyspepsie polymorphe gastro-entéro-biliaire.

Voici le régime, les examens et les soins appliqués avant et après l'intervention à l'Hôpital Maritime de Brest, tels qu'ils ont été établis par les Docteurs Hébraud et Nicol, Chirurgiens des Hôpitaux de la Marine.

SOINS PRE-OPERATOIRES

Huit jours avant : Mise en bonne forme des malades.

Quart augmenté, correspondant à un repas ordinaire complété par des suppléments :

Jambon.
Jus de viande (100 Gr.).
Sirop de sucre (100 Gr.).
Lait de poule (0 l. 250).
Vitamine C, N° 10.
Confitures.

Entraînement au tubage :

Tube de Faucher.
Sonde d'Einhorn.

Spirométrie.

Suppositoires créosotés ou vaccination (vaccin de Bruschellini).

Autohémothérapie. Vaccination antitétanique.

Examens :

Numération rouge et blanche.
Formule leucocytaire.
Groupage sanguin - Compatibilité directe au donneur éventuel.
Temps de saignement.
Temps de coagulation.
Vernes sigma. Vitesse de coagulation.
Urée sanguine.
Recherche dans les urines : Sucre, Albumine.
Radio pulmonaire.
Crachats (recherche de B. K.).

Soins dentaires. Mise en état de la bouche. Traitement de la pyorrhée.

Deux jours avant l'intervention :

Rasage, Dégraissage de l'abdomen.
Pansement aseptique.

La veille :

Diète absolue.
Lavage d'estomac.
Gardénal à 0,10.
Pesée.

Le jour de l'intervention :

Lavage d'estomac.
Lavement évacuateur à 6 heures du matin.
Gardénal à 0,10.

SOINS POST-OPERATOIRES

Premier jour :

Sérum physiologique, 500 cc. en I.V. (ou plasma).
Solucamphre 5 cc. par voie sous-cutanée.

18 h. - Sérum glucosé, 150 cc. par voie intra-rectale.
Strychnine 1 mmg.
A boire : eau alcoolisée : 250 cc. (1 cuillère à café toutes les demi-heures).

21 h. - Sérum physiologique, 500 cc. par voie sous-cutanée.
Solucamphre 5 cc.

24 h. - Sérum glucosé, 250 cc. en intra-rectale.
Dolosal, une ampoule en sous-cutanée.
Sérum physiologique, 500 cc. en sous-cutanée.

3 h. - Sérum physiologique, 500 cc. en sous-cutanée.
Solucamphre 5 cc.

6 h. - Sérum glucosé, 250 cc. en intra-rectale.
Strychnine 1 mmg.

9 h. - Sérum hypertonique intra-veineux (salé 20 cc. - glucosé 10 cc.
En cas de vomissement : sonde d'Einhorn pous aspiration continue.
Sérum physiologique, 500 cc. en intra-veineuse.
Syncortyl 1.
Eucalyptine 2.
Soins nez, gorge, oreilles.
Sérum glucosé, 250 cc. en intra-veineuse.

Deuxième jour :

A boire : 500 cc.

15 h. - Sérum physiologique, 500 cc. en sous-cutanée.
Solucamphre 5 cc.

18 h. - Sérum glucosé, 250 cc. en intra-rectale.
Strychnine 1 mmg.

21 h. - Sérum physiologique, 500 cc. en sous-cutanée.
Solucamphre 5 cc.

24 h. - Dolosal, une ampoule.

6 h. - Sérum physiologique, 500 cc. en sous-cutanée.
Solucamphre 5 cc.
Strychnine 1 mmg.

9 h. - Sérum hypertonique intra-veineux (salé 20 cc. - glucosé 10 cc.).
Aérosols.
Soins nez, gorge, oreilles.
Eucalyptine 2.
(En général, gaz vers la 60e heure).

Troisième jour :

A boire : 1 litre - Lait, 1 verre ; Café, 1 tasse ; Tisanes sucrées.
Sérum physiologique, 500 cc.
Sérum glucosé 250 cc.
Aérosols novocaïnés - aleudrinés.
Eucalyptine 2.
Solucamphre à 20 heures, 5 cc.

Quatrième jour :

Lait, 1 litre.
Café, 1 tasse.
Tisanes sucrées.
Suppositoires à l'eucalyptine N° 2.
Aérosols.

Cinquième jour :

Lait, crème, lait de poule, potage aux légumes, confitures.
Lavement évacuateur.
Suppositoires à l'eucalyptine N° 2.
Aérosols.
Lever : fauteuil.

Sixième jour :

Quart léger sans pain.
Lait de poule, jus de viande, sirop de sucre.
Vitamine C. N° 10.

Septième jour :

Quart augmenté.
Biscottes, jambon, lait de poule, jus de viande, sirop de sucre, vitamine C. N° 10.

Nota. — Le Quart augmenté correspond au régime avec : Pain, purée au lait, jambon, viande grillée, confiture.

CHAPITRE III

CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES DE LA GASTRECTOMIE

On imagine qu'une résection large de l'estomac entraîne des conditions nouvelles dans le fonctionnement de l'appareil digestif et a des répercussions sur l'organisme.

A chaque type d'intervention gastrique correspond une physiologie particulière, physiologie qui permet de comprendre certains troubles et par là aide à les supprimer.

L'estomac, après gastrectomie large, apparaît comme un tout petit réservoir constitué par la grosse tubérosité et une petite partie du corps de l'organe. En fait, cette exérèse laisse un tiers environ de l'estomac.

La vascularisation est amoindrie. L'innervation vagale est intacte, l'innervation sympathique abolie ou du moins restreinte.

La fonction exocrine devrait, en principe, être conservée pour les territoires laissés intacts, mais, les glandes à pepsine et à acide chlorhydrique ne sont pas suffisamment excitées et restent à l'état quiescent. En effet « Le réflexe sécrétoire est aboli par l'antropylorectomie qui supprime son point de départ » (Dieulafé).

Nous ne voulons pas ici établir le bilan exact de la gastrectomie au point de vue physiologique. De nombreuses discussions opposent les biologistes et il est difficile, à l'heure actuelle, d'être fixé sur l'importance des modifications.

Paul Carnot a écrit : « L'estomac, garde-manger et transformateur d'aliments, a pour principales fonctions de défen-

dre l'intestin qu'il précède, contre toute intrusion d'ingesta étrangers, risquant de l'obstruer ou de l'abimer, s'ils sont trop copieux, trop volumineux, contusifs, irritants ou toxiques. Pour s'en défendre il peut les rejeter par vomissements s'ils sont indigestes et dangereux. Mais le plus souvent il les accumule, les réduit de dimensions à l'état de chyme impalpable et ne les laisse passer dans le grêle qu'une fois résidus inoffensifs, pénétrables et aptes à la digestion principale des sucs duodéno-pancréato-biliaires. La traversée de l'estomac est par là même, souvent très longue, très pénible parfois, mais très utile ».

On imagine dès lors que la Gastrectomie doive apporter des troubles d'ordre mécanique et chimique.

MODIFICATIONS D'ORDRE MECANIQUE

C'est l'étude radiologique de l'estomac réséqué qui va nous fournir les éléments de cette néo-physiologie.

Sénèque et Maux ont étudié cent trente opérés. Selon ces auteurs :

1° - Le moignon gastrique restant possède un mécanisme moteur avec conservation du tonus d'où possibilité de régler le débit de son évacuation.

(Cependant, après un Polya, l'évacuation se fait en trombe pendant un certain temps).

Le plus souvent lorsque les premières bouchées ont rempli les anses supérieures du grêle, l'évacuation marque un temps d'arrêt de trente secondes à deux minutes puis reprend sur le mode intermittent. Cette adaptation à une vidange correcte se fait rapidement après un Finsterer.

2° - Le remplissage rétrograde de l'anse afférente est relativement fréquent à des degrés divers, imprégnant seulement les premiers centimètres ou parfois remontant jusqu'à la deuxième portion du duodénum (surtout après un Polya et compression forte).

Comment la bouche devient-elle continente et arrive-t-elle à ouvrir et à fermer rythmiquement? Il n'y a sûrement pas néoformation de fibres musculaires à son niveau, mais des contractions gastriques apparaissent et il semble qu'elles soient provoquées par un réflexe dont le point de départ est intestinal (Dieulafé).

MODIFICATIONS CHIMIQUES

La Gastrectomie doit entraîner la suppression de la phase chimique de la sécrétion gastrique. Du moins est-ce là son but. Cette achlorydrie supprime la fonction pepsique qui n'agit qu'en milieu acide. La digestion peptique est en réalité très réduite.

Les sécrétions duodéno-pancréatiques doivent être perturbées car elles n'agiraient qu'en fonction de l'arrivée de chyme acide dans le duodénum.

Cependant la plupart des auteurs admettent un fonctionnement régulier du pancréas. « Des acides gras et divers produits de fermentation agissent probablement comme éléments compensateurs » (Dieulafé). Dibold et Tukenhaus signalent une déficience modérée de la fonction lipasique. Santy invoque le point de départ duodénal. Cependant il existe une certaine perturbation de la sécrétion pancréatique qu'il attribue à des troubles circulatoires. « L'accélération du temps gastrique de la digestion qui réduit au minimum les phénomènes de vaso-dilatation de tous les éléments de la région, amoindrit la circulation dans le pancréas et par suite sa sécrétion ». Peut-être interviendrait aussi la section involontaire du Vague que peut entraîner la gastrectomie au cours de la ligature du pédicule coronaire.

Dieulafé signale d'autres troubles qui peuvent être observés dans la sphère pancréatique. Il s'agit de phénomènes apparaissant de façon précoce ou tardive et caractérisés par une sensation de malaise et de faiblesse, de bouffées de chaleur, de transpiration, survenant une heure trente, deux heures

après les repas, surtout après absorption de sucre. C'est le syndrôme hypoglycémique. On a noté chez d'autres sujets des troubles survenant tout de suite après les repas, mais, cette fois, provoqués par l'hyperglycémie. Dumont-Ruyter, Adlersberg et Hammerchalg proposent l'injection de quelques unités d'insuline une demi-heure avant les repas pour prévenir ces accidents.

Sénèque et Maux ont souvent noté la présence de colibacilles dans le suc gastrique et le suc jejunal. Ils y pullulent parfois en l'absence d'acide chlorydrique antiseptique. Il semble bien qu'il y ait une relation nette entre l'achlorydrie et la présence de colibacilles.

L'intestin grêle paraît compenser les fonctions qui n'ont pu être réalisées à l'étage sus-jacent. Cependant l'utilisation des graisses est assez défectueuse alors que le métabolisme des albuminoïdes est peu troublé.

Aussi pour Dieulafé, Famis, Ransom et Coller, l'estomac ne joue pas le rôle essentiel dans la digestion des protéïnes, mais cette fonction peut être compensée par la trypsine ou l'érepsine intestinale.

Pour les lipides, on constate que les selles sont souvent graisseuses; les hemoconies qui, après repas d'épreuve, augmentent de cent pour cent, n'augmentent que de 40 à 80 % après Gastrectomie.

Dieulafé note que les aliments semblent être mieux utilisés après l'opération de Pean. Cependant, dans 50 % des cas, il existe des intolérances alimentaires, sensation d'indigestion ou de malaise général, faux pyrosis épigastriques et œsophagiens après ingestion de mets sucrés, on attribue à ces manifestations la fermentation de certains hydrates de carbone à cause de la pullulation des colibacilles dans l'estomac.

Le fonctionnement du colon devrait être perturbé, puisque des aliments incomplètement digérés arrivent dans le gros intestin et que des microbes colonisant anormalement dans le grêle y parviennent. Les fermentations doivent être exagérées et la muqueuse colique irritée. Pourtant, le plus souvent, le

sujet va normalement à la selle et les diarrhées très graves sont exceptionnelles.

Souvent il y a quelques troubles, tels que ballonnements et quelques intolérances alimentaires (pain, lait, farineux).

Des troubles de l'état général s'observent aussi, pouvant donner une incapacité. Dieulafé parle de 5 % d'incapacité totale avec déficit pondéral dans 15 à 20 % des cas, parfois solitaire, quelquefois accompagné d'asthénie et de diminution de la capacité de travail. Nous en reparlerons plus loin.

Diverses causes sont à mettre en ligne de compte :

— Insuffisance chlorydrique ;

— Réduction de la capacité gastrique ;

— Incontinence de la bouche ;

— Mauvaise diététique.

La gastrectomie « nuit à l'assimilation de certaines substances en déviant le cours normal du chyme, empêche ou trouble différents réflexes interorganiques (gastro - duodénal, duodéno-vésiculaire, duodéno-pancréatique) ».

A côté des fonctions digestives, Sanchez Martinez ajoute qu'il faut considérer l'influence Hématopoiétique, la régulation du métabolisme minéral, la régulation hormonale et neurohormonale « qui peuvent être également perturbées ».

Mais la rareté de ces troubles ne peut condamner la gastrectomie. Gutman, peu interventionniste, fait remarquer que « cette intervention est bonne pour l'estomac et moins bonne pour l'intestin ».

CONSEQUENCES SUR LE TRANSIT DIGESTIF

La suppression du réservoir gastrique dans sa quasi-totalité amène une évacuation en trombe avec arrêt dès les premières anses jéjunales mais, n'amène pas les perturbations que l'on aurait pu imaginer. Bien sûr, il existe des troubles dérivés de cette modification, mais ils n'ont pas d'importance, et,

comme nous le verrons plus loin, on peut les traiter efficacement et même les éviter.

Radiologiquement, la baryte tombe directement de l'œsophage dans le jéjunum et s'engage dans les branches efférentes de l'anse anastomosée ; parfois cependant, on note une dilatation de la partie inférieure de l'œsophage. Ceci correspondrait à une sténose au niveau de la bouche pouvant entraîner de la dysphagie dans 28 % des cas (Smith). La dilatation jéjunale et anastomotique est quasi-constante ; elle atteindrait un calibre trois ou quatre fois plus grand que normalement. Cette dilatation cesse brusquement ; D'Allaines a constaté qu'elle avait l'aspect d'un estomac avec une poche à air et des contours irréguliers. Lahey (1938) conseille à ce propos de laisser longue l'anse afférente de façon à ce que les aliments s'y accumulent et s'y mélangent avec les sécrétions duodénopancréatiques.

Allen, Lefèvre, estiment qu'il vaut mieux assurer le libre écoulement de ces sécrétions et y ajoutent une jejuno-jejunostomie au pied de l'anse (quand l'anse est longue).

D'autre part, Meyer-Burgdoff a montré que la traversée du grêle est rapide au début puisque en une heure et demie, cœcum et colon sont injectés. Puis cette accélération s'atténue et la baryte n'atteint plus le gros intestin que sept à dix heures après.

Mais les avis sont cependant partagés ; en effet, Troell dit que le temps de transit est normal, Schwartz a constaté qu'il durait dix-neuf heures et Dravermann ving-six heures. Heilmann parle d'un transit de dix-huit heures avec Hyperperistaltisme de tout le tube digestif. On a pu constater en outre la « formation de dilatations jéjunales ». Somme toute, l'agastrie entraîne des troubles digestifs modérés qu'une médication appropriée parvient à supprimer.

CONSEQUENCES SUR L'EQUILIBRE ACIDOBASIQUE

La sécrétion de l'HCL gastrique donne au sang efferent une

alcalinité qui se trouve rapidement abaissée par la fuite en bicarbonate qu'amène la sécrétion biliopancréatique.

Or le sang des gastrectomisés ne subit pas de modification de la régulation acidobasique. On est porté à croire que pour compenser la suppression de la sécrétion de l'HCL gastrique, il y a une diminution de la sécrétion biliopancréatique.

ANEMIE

1° - Depuis Castle on connaît le rôle important de la muqueuse gastrique dans l'équilibre sanguin par un mécanisme vraisemblablement hormonal.

2° - De plus, l'HCL gastrique intervient dans l'ionisation du fer et du cuivre et participe ainsi à leur assimilation.

3° - La carence en HCL permet la pullulation microbienne puisque dans l'estomac cette carence amène la fermentation de toxines qui peuvent avoir un rôle anémiant.

4° - La carence en Vitamines B et C.

5° - L'exclusion du duodénum où se fait l'absorption du fer.

auraient dû amener des perturbations de la formule sanguine.

De nombreux travaux ont été faits là-dessus. Ducuing et Soula concluent que l'agastrie entraîne un état latent d'anémie hypochrome légère qui, sous des influences occasionnelles, présenterait une acuité plus grande.

Si l'anémie n'apparaît pas tout de suite après la Gastrectomie, ce serait parce qu'il y aurait des réserves de la substance antianémique dans les différents organes, mais après quelques mois elle s'installerait.

Deux types :

Anémie pernicieuse (rareté).

Anémie hypochrome tardive bénigne, qu'on peut prévenir

par la vitamine C et des jus de viande, du fer et de l'HCL et des produits opothérapiques.

INSUFFISANCE VITAMINIQUE

Insuffisance en vitamine B et vitamine C. Avitaminose nicotinique et avitaminose P.P. (Petry), (Varay et Dionisi).

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous ouvrons ici le dossier des quatre-vingt-dix cas étudiés. Ce qui va suivre est le résumé de chaque feuille d'observation qui comprend la fiche médicale et les réponses du sujet au questionnaire.

Les observations sont classées par années d'interventions, de 1930 à 1952.

Nous avons voulu séparer les ulcères gastriques des ulcères duodénaux pour mettre en évidence certaines tendances morbides plus marquées dans l'un des cas que dans l'autre (la tuberculose en particulier).

Nous avons adopté une classification :

En chiffres arabes pour les ulcères gastriques,

En chiffres romains pour les ulcères duodénaux,

de façon à pouvoir s'y reporter plus facilement lorsque nous étudierons la pathologie des suites de la gastrectomie.

ULCERES GASTRIQUES

OBSERVATION N° 1 *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

PEL... Yves, manœuvre, ouvrier règlementé à l'Arsenal, cinquante-trois ans.

En Captivité, 1940 : Douleurs typiques ulcéreuses. 35 kgs.

En 1942 : Rapatrié sanitaire. Niche ulcéreuse à la partie moyenne de la petite courbure. Pas de suites opératoires immédiates. 43 kgs à l'exeat.

En novembre 1952 : Médecine du travail : infiltrat sous-claviculaire droit et de l'apex, type réticulo micronodulaire.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Arrêt de travail. 56 kgs. Tuberculose pulmonaire avec bacilloscopie négative.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 2 *(Hôpital Maritime, Tunis)* :

CONA... Emile, ouvrier artificier à l'Arsenal, Quarante ans.

En 1933 : Douleurs typiques ulcéreuses, amaigrissement. A la radio, deux ulcères, petite et grande courbures.

1944 : Intervention de Finsterer. Tumeur petite courbure. Ganglions sous-pyloriques et dans l'épiploon. Anatomie pathologique : ulcus confirmé. 50 kgs. à l'exeat. Pas de complication.

Revu le 12 Décembre 1952, hospitalisé à l'hôpital maritime de Brest. Plaie eczématiforme de la jambe gauche. Fonctionnement digestif normal, sauf diarrhées fréquentes par insuffisance chlorydro-pepsique.

Actuellement : Poids : 58 kgs. Ni anémie, ni troubles pulmonaires. Glycosurie 5,3 g. pour mille. Glycémie à 1,25 g. pour mille. Ulcère de la jambe disparu traité par vitamine B 12 et Hépatrol.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 3 :

HEL.., ex-quartier-maître mécanicien, direction du Port, quarante-quatre ans.

1944 : Intervention pour ulcère petite courbure.

Deux mois après : Découverte d'une tuberculose excavée bilatérale avec bacilloscopie positive. Traitement par pneumothorax impossible.

Mort le 6 Janvier 1952.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 4 *(Hôpital Maritime de Brest) :*

PENF... Jean, ouvrier règlementé, quarante-trois ans.

1943 : Ulcère perforé. Intervention en captivité en Allemagne.

1945 : Gastrectomie. Pas de suites opératoires. 45 jours de convalescence.

Actuellement : Activité normale. Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. 51 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 5 *(Hôpital Maritime de Brest) :*

HER... Joseph, ex-quartier-maître infirmier.

8 Octobre 1946 : Ulcus de la petite courbure.

3 Mai 1950 : Découverte d'une tuberculose pulmonaire. Bacilloscopie positive.

Traité actuellement en sanatorium.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 6 *(Hôpital Maritime de Brest) :*

LAZEN... Jean, ouvrier auxiliaire, arsenal, quarante ans.

Décembre 1942 : Douleurs typiques ulcéreuses. Niche de la petite courbure près de l'angle, entourée de zones de rigidité. 52 kgs.

1er Août 1946 : Intervention : Duodénum peu libre sur sa face postérieure, enfouissement en trois plans.
Trois hospitalisations.

2 Février 1948 : Vomissements fréquents depuis 1946. Douleurs sus-ombilicales avec vomissements bilieux. Traitement médical.

10 Janvier 1951 : Vomissements incoercibles. Shock. Intervention. Hernie transmésocolique de la moitié du grêle sans infarcissement.

24 Janvier 1951 : Hernie intramésocolique. Réfection de la brèche. Refixation de ses bords.

Actuellement : Reprise activité antérieure. Fonctionnement digestif satisfaisant. Parfois vomissements. Santé bonne. 52 kgs. Pas d'anémie. Poumons sains.

OBSERVATION N° 7 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE G... Jean, ouvrier règlementé, quarante-et-un an.

1933 : Douleurs typiques ulcéreuses.

10 Décembre 1946 : Radio montre estomac hypotonique avec niche ulcéreuse de la petite courbure. 53 kgs.

19 Décembre 1946 : Polya. Convalescence trois mois.

Actuellement : Reprise activité : conducteur de pont roulant. Fonctionnement digestif normal, parfois épisodes diarrhéiques. Santé excellente. 57 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 8 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

KERVEL... Antoine, ouvrier auxiliaire, arsenal, cinquante ans.

Janvier 1946 : Douleurs typiques ulcéreuses. Radio : lésions minimes probables de la partie haute de la petite courbure. Incisure permanente de la grande courbure en décubitus. Poids : 51 kgs.

Le 3 Avril 1947 : Intervention : Adhérence avec lobe gauche du foie (Polya). 45 jours de convalescence.

Actuellement : Travail normal. Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. 55 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 9 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE CORN... René, chef d'équipe artificier. Quarante-cinq ans.

1935 : Douleurs ulcéreuses. Constipation opiniâtre. Perte de poids. Scialorrhée.

Juin 1947 : Intervention : Ulcère Térébrant de la petite courbure. Adhérence lobe gauche du foie. 45 jours de convalescence.

Actuellement : reprise normale du travail. Fonctionnement digestif normal. Santé bonne : 60 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 10 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

L... Henri, ouvrier auxiliaire, cinquante-neuf ans.

1945 : Douleurs typiques ulcéreuses trois heures après les repas. Radio : grosse niche ulcéreuse angle petite courbure. Poids : 55 kgs.

Décembre 1947 : Intervention après échec du traitement médical : Polya. Ulcère, dimension : un franc. Œdème de voisinage sur la petite courbure. Aucune possibilité de dégénérescence.

1948 : Hospitalisation pour séquelle (amaigrissement : 9 kgs., douleurs, lenteurs digestion). Radio montre que l'évacuation se produit rythmiquement un peu rapide. Moignon : moyen volume avec branche anastomotique placée à la partie déclive.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. 56 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 11 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

POUL... Guillaume, secrétaire comptable, Saint-Nicolas, quarante-trois ans.

1942 : Capitivité. Douleurs typiques ulcéreuses.

1946 : Ulcère de la petite courbure confirmé radiologiquement. Poids 58 kgs.

Mai 1947 : Intervention. Pas de suites opératoires. Fonctionnement digestif satisfaisant, mais ballonnement, somnolence, lypothymie après grands repas calmée par le décubitus (pendant les six premiers mois).

1952 : Opéré d'une hernie discale.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 58 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 12 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

POT... François, ouvrier auxiliaire, artillerie navale, cinquante-six ans.

1940 : Crampes. Troubles dyspeptiques.

1947 : Confirmation radiologique d'un ulcère de la petite courbure (angle inférieur). Poids : 60 kgs.

3 Décembre 1947 : Intervention. Polya. Ulcus petite courbure. Pas de transfo. néoplasique.

1948 : Adhérences, périviscérite. Vomit après chaque repas. Dilatation du moignon gastrique. Laparotomie : libérant de nombreuses adhérences sus et sous-mésocoliques. Libération d'une anse grêle.

Actuellement : en retraite. Fonctionnement digestif normal. Santé actuelle bonne.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 13 *(Hôp. Maritime de Brest)* :

CREIS... Hervé, ouvrier auxiliaire à l'arsenal, quarante-cinq ans.

1941 : Crise ulcéreuse typique. Traité médicalement jusqu'en 1947. Poids : 59 kgs. Radio : ulcus ancien de la petite courbure et ulcus pylorique ancien. Hypotonie gastrique.

1947 : Intervention au mois de Mai. Polya. Perte de poids.

1949 : Possibilité d'ulcus peptique. Rien à signaler à la radio, mais périviscérite. Physiothérapie.

Actuellement : Reprise normale du travail. Fonctionnement digestif bon, mais parfois douleurs exquises au creux épigastrique. Santé bonne. 66 kgs.

Novembre 1952 : Radio pulmonaire : Sinus droit soudé.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 14 *(Hôpital Maritime de Cherbourg)* :

LE G... Yves, premier-maître radio, quarante-deux ans.

1947 : Perte de poids. Diarrhées. Douleurs ulcéreuses. Ulcus de la petite courbure. Poids : 67 kgs. Rien à signaler au point de vue pulmonaire.

1948 : Intervention : Polya. Un mois et demi après : Température, toux, chute de poids à 40 kgs. Bacilloscopie positive. Infiltrat sous-claviculaire excavé.

Actuellement : Congé de longue durée pour tuberculose. Fonctionnement digestif médiocre. Douleurs et diarrhées. Tendance aux syncopes après grands repas. Reprise de poids : 59 kgs. Mais faiblesse avec amyotrophie légère des membres inférieurs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 15 *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

LEV... Jean, ouvrier règlementé, Pyrotechnie, trente-quatre ans.

1946 : Douleurs typiques ulcéreuses. Traité par Staprolysat.

1947 : Ulcère petite courbure visible radiologiquement, très profond.

1948 : Intervention : Polya. Petit ulcère de la grosseur d'une tête d'épingle très térébrant. Poids 64 kgs. Un mois et demi de convalescence.

Actuellement : Reprise activité ancienne (dessinateur). Fonctionnement digestif normal. Tendance à constipation. Santé excellente. Poids : 63 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 16 *(Dr. Pouliquen fils, Brest)* :

BAR... François, ouvrier à l'Arsenal, trente-neuf ans.

1941 : Captivité. Douleurs ulcéreuses. Traité médicalement ; échec. Radio : deux ulcus : petite courbure et pylore. Poids avant intervention : 60 kgs.

1949 : Polya (avril). Poids à l'exeat : 63 kgs. Convalescence : trois mois.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 70 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 17 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GA... Goulven, manœuvre spécialisé, Arsenal, Cinquante-huit ans.

1940 : Douleurs typiques ulcéreuses. Ulcère de la petite courbure.

3 Mai 1949 : Intervention : Polya, Finsterer. Pas de suites opératoires. Poids : 60 kgs.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal .Santé bonne, mais en 1950, découverte à la radio d'un voile homogène des deux sommets s'éclairant mal à la toux. Tramite intercleido-hilaire bilatérale. Stabilisation depuis. Surveillance médicale. Ethylisme chronique. Poids : 62 kgs.

OBSERVATION N° 18 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

DIL... Joachim, ex-quartier-maître, chauffeur retraité, soixante-sept ans.

1946 : Douleurs typiques ulcéreuses. La radio montrait une grosse image diverticulaire de la portion haute de l'estomac face postérieure. Lactoclase et plâtrage améliorent son état. Gain de 6 kgs.

22 Juin 1950 : Sténose complète. Vomissements. Perte de 8 kgs en cinq jours (de 52 kgs à 44 kgs).

5 Juillet 1950 : Gastrectomie subtotale très large. Polya - Finsterer. Ulcus géant très haut situé sur la petite courbure. Anatomie pathologique montre un ulcère ancien très actif sans tendance néoplasique.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 54 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 19 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GAR... Michel, marin, vingt-quatre ans.

Douleurs de la région épigastrique sans caractères propres. Vomissements. Céphalées. Inappétence. Amaigrissement de 7 kgs en un an. Radio montre une niche ulcéreuse de la petite courbure qui disparaît après traitement médical, puis reparaît en 1950. Poids : 70 kgs.

9 Janvier 1950 : Intervention. Adhérence. Deux ulcères de la petite courbure. Finsterer. Ulcère confirmé anatomiquement. Poids à l'exeat : 69 kgs pour 1 m. 77. Convalescence : un mois et demi.

Actuellement : Apte au service armé à la mer. Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 78 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 20 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GOA... Jean, premier-maître infirmier.

1944 : Crises typiques ulcéreuses. Traité. Poids : 57 kgs.

1951 : Ulcère petite courbure.

7 Avril 1952 : Intervention. Choc opératoire. Transfusion. Trois mois de convalescence.

Actuellement : Activité normale. Fonctionnement digestif normal. Santé bonne. Poids : 63 kgs 250.

OBSERVATION N° 21 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

MCR... Yves, secrétaire comptable DCNA. Quarante ans.

1939 (début) : Gros ulcère du versant postérieur du tiers moyen de la petite courbure. Crises rapprochées. Amaigrissement. Poids : 54 kgs.

16 Août 1951 : Intervention. On note un foie énorme. Gros ulcère de la petite courbure. Finsterer. Hémorragie importante. Shock. Réanimation. Suites opératoires immédiates : accident pulmonaire aigu.

1952 : Tuberculose confirmée par bacilloscopie positive. Lobe azygos.

Actuellement : Prise en charge par la Sécurité Sociale. Le fonctionnement digestif est normal, mais tuberculose suit son cours. Poids : 57 kgs. Légère anorexie persistante.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 22 *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE BRET... Jean, second-maître. Direction du Port. Quarante-sept ans.

1940 : Troubles dyspeptiques. Régime. Anorexie.

1951 : Ulcus de la petite courbure. Intervention. Poids : 53 kgs. Suites opératoires excellentes. Travail normal. Gratier de nuit après 45 jours de convalescence et un mois de poste doux. Fonctionnement digestif normal.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 63 kgs. Ni anémie ni troubles pulmonaires.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 23 *(Dr. Griffe, Brest)* :

LE H... René, ouvrier règlementé ajusteur, trente-quatre ans.

1939 : Douleurs typiques ulcéreuses.

1948 : Ulcère grande courbure et duodénal radiologiquement visibles. Plâtrages. Poids : 56 kgs.

Mars 1952 : Intervention. Transfusions sanguines. Quatre mois de convalescence. Depuis poste doux.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal sauf somnolence post-prandiale. Santé excellente. Poids : 54 kgs.

OBSERVATION N° 24 *(Dr. Barbaro, Brest)* :

CAB... Etienne, ouvrier règlementé, arsenal, Brest.

1941 : Nausées. Vomissements fréquents. Traité par piqûres et plâtrages.

1952 : Radio : aurait révélé quatre ulcères, deux duodénaux, plus deux sur petite courbure. Poids : 51 kgs, avant intervention du 3 Mai 1952. Polya. Poids : 49 kgs à l'exeat. 85 jours de convalescence. Poste doux : trois mois. Fonctionnement digestif normal.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 73 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° 25 *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

SEIT... René, charpentier tôlier à l'arsenal de Brest.

1948 : Traité médicalement. Ulcère de la petite courbure.

1952 : Poids : 47 kgs. Intervention en Septembre. Suites opératoires bonnes. Deux mois de convalescence.

Actuellement : Demande un poste doux : Asthénie. Fonctionnement digestif normal : petits repas. Santé : asthénie, malgré examens du sang et radiologique normaux.

ULCERES DUODENAUX

OBSERVATION N° I *(Hôpital Maritime de Brest)* :

BRET... Jean, ouvrier règlementé, pyrotechnie, âgé de cinquante ans.

1929 : Vomissements bilieux le matin et après les repas tous les jours.

Février 1930 : Perforation ulcéreuse. Intervention Décembre : gastrectomie (avant opération : 81 kgs). Suites opératoires : néant.

Actuellement : Activité normale depuis, fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 68 kgs.

OBSERVATION N° II *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

QUIV... Francis, ouvrier pyrotechnie, cinquante-et-un an.

1925 : Crises douloureuses très espacées. Amélioration passagère après traitement médical. Amaigrissement. Poids : 55 kgs.

1930 : Gastroentérostomie jejunale, puis, un mois après, gastrectomie.

1931 : Troisième intervention pour adhérences.

Actuellement : D'abord radiation puis reprise du service sur sa demande depuis 1939. Fonctionnement digestif normal. Quelquefois diarrhées. Santé excellente, poids : 63 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° III *(Dr. De La Marnière, Brest)* :

BLAI... Yves, agent technique pyrotechnie, cinquante-et-un an.

1936 : Douleurs vagues mal précisées, puis, le 9 Juillet, perforation ulcéreuse opérée le même jour (62 kgs). Trois mois après, gastrectomie. Polya. Suites opératoires : Néant.

Depuis : amputation jambe droite et blessures multiples accidentelles.

Actuellement : Travail normal. Fonctionnement digestif normal. Evite les sauces. Santé bonne. Poids : 65 kgs. Mais dyspepsie hypersthénique sur un terrain neurotonique traité par sédatifs : guérison Mai 1951.

★ ★ ★

OBSERVATION N° IV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

BRON... Nicolas, ouvrier règlementé, pyrotechnie, quarante-trois ans.

1938 : Intervention pour ulcus perforé du pylore.

1943 : Gastrectomie, après échec du traitement médical. Ulcus du pylore. Poids : 80 kgs. Pas de complications. Travail normal. Fonctionnement digestif normal. Santé actuelle bonne (80 kgs).

★ ★ ★

OBSERVATION N° V *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

GAC... Louis, pompier, trente-sept ans.

Janvier 1942 : Début clinique. Crises ulcéreuses typiques. Traité médicalement. Radio : ulcus du duodénum. Poids : 61 kgs.

1943 : Gastrectomie en Avril. Suites opératoires : perte de 7 kgs puis reprise progressive. Travail normal. Fonctionnement digestif excellent.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 60 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° VI *(Dr. De La Marnière, Brest)* :

GUI... Jean, ex-matelot gabier, quarante-deux ans.

1940 : Vomissements bilieux, digestion lente. Pas de crise ulcéreuse franche. Radio : ulcus pylorique.

1943 : Intervention : erreur diagnostique : estomac intact. Suites opératoires : Poids : 60 kgs, vomissements bilieux reprennent. Depuis syndrôme de Raynaud. Anémie prononcée (3.000.000). Dystonie neuro-végétative. En inactivité depuis intervention. Congé longue durée. Fonctionnement digestif : mauvais (douleurs, diarrhées).

Actuellement : Santé mauvaise. Poids : 65 kgs. Anémie persistante (3.000.000). Aniso et poïkilocytose. Appareil pulmonaire normal. Syndrome carentiel plus maladie de Raynaud. Glossite desquamative.

★ ★ ★

OBSERVATION N° VII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

JOS... Ferdinand, agent technique à la pyrotechnie, cinquante ans.

Modalités évolutives imprécises. Crises à type de crampes. Poids : 59 kgs avant intervention pour ulcus du bulbe duodénal.

Mai 1943 : Intervention. Pas de suites opératoires. Deux mois de convalescence. Travail normal.

Actuellement : Fonctionnement digestif excellent en évitant les féculents. Santé bonne. Poids : 56 kgs. Formule sanguine normale. Hémoroïdes traitées par cure chirurgicale en 1947.

OBSERVATION N° VIII *(Dr. Pouliquen, Brest)* .

LEO... Pierre, ouvrier pyrotechnie, cinquante-et-un an.

1925 : Douleurs typiques ulcéreuses, jusqu'en 1935.

24 Juillet 1941 : Après un violent bombardement, reprise des troubles.

1943 : Ulcère de la région prépylorique. Poids : 60 kgs. Février : gastrectomie (60 kgs). Douze jours après : périphlébite jambe droite.

Mai 1947 : Phlébite jambe gauche.

Actuellement : Reprise normale du travail. Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 88 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° IX *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

MAR... Auguste, ex-sergent-chef, trente-sept ans.

1940 : Captivité. Rapatrié sanitaire.

1943 : Intervention : Gros ulcère plus un chapelet de quatre petits ulcères. Poids : 50 kgs (avant : 78 kgs). Janvier : suppuration un mois après intervention. Soigné par électrochoc, encéphalographie gazeuse, pour troubles caractérisés par douleurs dans la nuque et céphalées frontales et crampes dans les mollets, idées avec tentatives de suicide par prise de barbituriques.

Actuellement : Réformé après intervention. Non - activité. Fonctionnement digestif satisfaisant. Brûlures et quelquefois diarrhées. Santé actuelle bonne. Poids : 61 kgs. Mais traité pour psychose.

★ ★ ★

OBSERVATION N° X *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

AN... François, ex-soldat, actuellement forgeron, trente-huit ans.

1941 : Captivité : Crises ulcéreuses typiques. Rapatrié sanitaire.

1942 : Ulcus du bulbe.

24 Octobre 1945 : Intervention. Polya. Suites opératoires : néant. Poids : 57 kgs.

1946 : Affection pulmonaire aiguë.

Actuellement : Activité normale. Fonctionnement digestif : digestion difficile, douloureuse, et à la radio, pas d'image suspecte d'ulcus récidivant ou peptique, pas de périviscérite. Santé actuelle bonne. 65 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XI *(Hôpital Maritime de Brest)* :

BAT... Corentin, ex-premier-maître radio, quarante-sept ans.

1937 : Saïgon : crises typiques ulcéreuses et Mœlena. Traités médicalement.

1945 : A la radio : ulcus de la petite courbure, supposé avec œdème de la portion horizontale. Février : Poids : 55 kgs 500. Intervention : œdème de la région pylorique et du ligament gastrocolique, adhérences au niveau du pylore induré, sténosé et rien au niveau de la petite courbure, pas de suites opératoires, sauf éventration. Convalescence de deux mois.

Actuellement : Fonctionnement digestif perturbé : aigreurs, anorexie légère, constipation, dumping syndrome. Santé relativement bonne. Poids : 59 kgs. Ni anémie ni troubles pulmonaires.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

ELLEO... Eugène, adjudant de gendarmerie en retraite, cinquante-trois ans.

1928 : Douleurs typiques ulcéreuses.

Décembre 1940 : Intervention pour ulcus perforé (G.E.). Régime lacté.

1945 : Ulcus du duodénum. Poids : 63 kgs. Février : gastrectomie. Polya. Suites opératoires : légère anémie.

1951 : Légère gastrite du moignon. Convalescence trois mois. Reprise normale du travail. 1951 : Retraite. Fonctionnement digestif normal.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 70 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XIII *(Hôpital Michel Lévy, Marseille)* :

GOUL... Paul, Gendarmerie maritime, quarante-trois ans.

1941 : Début clinique : crise ulcéreuse typique, plus anorexie. Traité médicalement.

1945 : Radio : périduodénite. Poids : 65 kgs. Août : gastrectomie. Suites opératoires : asthénie et amaigrissement durable pendant un an. Convalescence : un an. Poste doux actuellement. Fonctionnement digestif : bon, évite féculents et graisses. Pesanteur après repas.

Actuellement : Santé bonne. Poids : 75 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XIV *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

PAT... Goulven, chauffeur de chaudière, trente-trois ans.

1939 : Crises ulcéreuses, deux ulcères pyloro - duodénaux. Poids : 69 kgs.

1945 : Gastrectomie. Polya. 2 jours shock. Reprise immédiate de poids : 75 kgs.

Actuellement : Poste doux. Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 71 kgs. Evite le lait et le sucre.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GAUN... Germain, adjudant en retraite, cinquante-sept ans.

1945 : Crises ulcéreuses typiques.

1946 : Radio montre ulcus ancien, région pyloro duodénale déformée. 63 kgs. Décembre : Intervention Polya. Induration du duodénum. Suites opératoires : congestion pulmonaire. Reprise travail normal : 45 jours après. Fonctionnement digestif normal.

1950 : Eventration après gastrectomie. Cure chirurgicale (Janvier).

Actuellement : Santé excellente. Poids : 68 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XVI *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LAM.., Arsenal.

1941 à 1945 : Tuberculose traitée par pneumothorax.

1946 : Gastrectomie.

Avril 1951 : Aggravation de la tuberculose. Bascilloscopie positive.

Actuellement : En sanatorium.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XVII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

MAD... Yves, agent technique, quarante-huit ans.

1946 : Crises douloureuses ulcéreuses. Mars : radio montre : Ulcus du duodénum. Poids : 65 kgs. Gastrectomie. Poids : 68 kgs. Trois mois de convalescence. Travail normal. Fonctionnement digestif normal.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 74 kgs 500.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XVIII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

PA... André, ouvrier à l'arsenal, quarante-six ans.

Janvier 1946 : Douleurs ulcéreuses. Traitement médical. Echec. Reprise même année. Vomissements. Hématemeses. Ulcus juxtapylorique. Gastrectomie. Polya - Finsterer. Suites immédiates bonnes.

Mars 1948 : Eventration (cure chirurgicale). 45 jours de convalescence. Reprise travail : dessinateur. Fonctionnement digestif médiocre (anorexie, tiraillement douloureux, diarrhées fréquentes, somnolence).

Actuellement : Santé bonne, cependant ne pèse que 51 kgs. Suivi au point de vue pulmonaire « aspect granité de l'apex », petit module rétroclaviculaire. Perte de poids de 5 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XIX *(Hôpital Maritime de Brest)* :

BAUD... Pierre, ex-premier-maître timonier, quarante-trois ans.

1932 : Ulcus confirmé radiologiquement.

1937 : Puis disparition radiologique.

1945 : Nouvelle poussée douloureuse en Mars. Radio : déformation permanente du bulbe avec incisure et tache arrondie. Poids avant intervention : 56 kgs.

Décembre 1947 : Polya. Réhospitalisation un mois après intervention pour non reprise de poids.

1951 : Colibacillose en Juillet. Guérie.

Actuellement : Employé de commerce. Fonctionnement digestif normal, mais doit s'étendre quelques minutes après repas (ballonnement, somnolence). Santé bonne. Poids : 59 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XX *(Hôpital Maritime de Brest)* :

COL... François, premier-maître manœuvre, quarante-et-un an.

1938 : Coliques hépatiques intermittentes.

1945 : Hospitalisé pour troubles hépatiques (?).

1947 : Radio estomac, ulcus ancien du bulbe. Poids : 64 kgs. Mars : Intervention : Polya - Finsterer. Eventration au quatrième jour. Cure chirurgicale.

Actuellement : 65 kgs. Activité normale. Digestion normale mais évite les graisses.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXI *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

LEB... Yves, ouvrier règlementé à l'arsenal, cinquante-deux ans.

1944 : Crises ulcéreuses, plus vomissements. Non traité médicalement : ulcus du bulbe. Poids : 55 kgs.

1947 : Intervention : Un grand ulcère en neuf en formation (?). Pas d'hospitalisation.

Actuellement : Travail normal. Riveur chaudronnier. Fonctionnement digestif normal. Parfois nausées, étourdissements. Santé actuelle excellente. Poids : 67 kgs.

OBSERVATION N° XXII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE M... Jean, quartier-maître de manœuvre, trente-trois ans.

Mai 1947 : Polyviscérite, bulbe déformé, pas de lésion nette. Poids : 59 kgs. Octobre : Polya. Décembre : Fatigue générale. Reprise de poids insuffisante. A la radio : Transit bon (45 jours, plus trente jours convalescence).

Actuellement : a repris son service. Fonctionnement digestif excellent. Santé excellente : 62 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXIII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE R... Yves, gendarmerie maritime, quarante-trois ans.

1940 : Ulcus pylorique traité médicalement.

1944 : Découvert radiologiquement. Poids : 68 kgs.

1947 : Intervention. Affection pulmonaire gauche dix jours après. Reprise de poids insuffisante : 7 kgs. Neuf mois de convalescence.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé bonne. Poids : 68 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXIV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

NO... Louis, quartier-maître détecteur, vingt-huit ans.

1945 : Douleurs typiques ulcéreuses. Pas de traitement médical. Amaigrissement. Ulcus duodénal. 70 kgs.

Novembre 1947 : Gastrectomie. Polya. Hyperthermie. Cinq jours après l'opération. Pénicillinothérapie. Tout rentre dans l'ordre.

Janvier 1948 : Poids : 70 kgs 500.

Actuellement : Service normal. Fonctionnement digestif satisfaisant sauf vomissement si repas trop gras et pris rapidement. Santé bonne. Poids : 72 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

RI... Alain, pyrotechnie, quarante-quatre ans.

Janvier 1946 : Urgence, diagnostic d'appendicite. Intervention : Appendice sain, puis laparotomie médiane sus-ombilicale : perforation d'ulcus pylorique, suture, drain.

Février 1947 : Rehospitalisation : Réapparition depuis six mois de crises douloureuses rythmiques. Polya - Finsterer en Mars.

Septembre 1950 : Syndrome occlusif. Traité médicalement.

Actuellement : Travail normal. Fonctionnement digestif normal. Santé bonne. Poids : 53 kgs (perte de 3 kgs).

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXVI *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

CAR... Jean, ouvrier règlementé, pyrotechnie, quarante ans.

1945 : Douleurs typiques ulcéreuses non traitées médicalement. Radio : Ulcère duodénum. Poids : 65 kgs.

1948 : Intervention en Janvier. Convalescence longue. Activité normale : dessinateur. Fonctionnement digestif normal. Somnolence après repas, nausées fréquentes le matin (Dumping syndrome). Diarrhées. Santé actuelle bonne. 59 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXVII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

JONC... Yves, ouvrier temporaire à l'arsenal.

1948 : Ulcus duodénal : Intervention. Polya - Finsterer.

Juillet 1951 : Eventration, asthénie, amaigrissement. Pas de lésion radiologique.

Août 1952 : En observation pour mauvais état général. Troubles pulmonaires suspects. « Pachypleurite biapicale discrète », accentuation des trames intercleido-hilaires des deux côtés en Décembre. Tous les examens sont négatifs. Perte de poids de 6 kgs.

Actuellement : Ne travaille pas. Fatigue persistante. Digestion lente et anorexie. En observation pour tuberculose présumée. Bacilloscopie négative.

OBSERVATION N° XXVIII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

NICO... Joseph, chef d'équipe, ajusteur, quarante-quatre ans.

1933 : Douleurs typiques, coups de poignard. Crises de plusieurs semaines. Répit de un an, puis douleurs continuelles. Traité médicalement. Ulcus du duodénum. Poids : 73 kgs.

Mai 1948 : Gastrectomie. Longue asthénie après intervention. Trois mois de convalescence. Travail normal.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 68 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXIX *(Hôpital Maritime de Brest)* :

TH... Marcel, quartier-maître-chef à la direction du Port, cinquante ans.

1935 : Traité médicalement. Echec.

1948 : Ulcus pylorique, gastrectomie. Poids : 65 kgs. 45 jours de convalescence.

1949 : Eventration traitée. A pratiqué le métier de scaphandrier deux ans et demi après intervention.

Actuellement : Sur remorqueur. Fonctionnement digestif normal, cependant petits étourdissements après grand repas, décubitus améliore l'état. Santé excellente. Poids : 64 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXX *(Hôpital Militaire de Bordeaux, Dr. Rigaud)* :

BERN... René, maître principal torpilleur, quarante-sept ans.

1947 : Douleurs typiques ulcéreuses.

1949 : Ulcus de la petite courbure opéré à Bordeaux. Suites normales.

Mars 1951 : Episode lipothymique avec anomalies du tracé électro-encéphalographique. Possibilité de syndrome neuroanémique fruste. Hypoglycémie paroxystique. Crises épileptiformes. Mai : Vu après convalescence, aucun signe neurologique ni hématologique. Août : Douleurs dans les membres inférieurs à la marche (artériospasmes). Cervicarthroses.

Octobre : Amélioration troubles vasculaires améliorés par « Nicyl ». Ni crises, ni équivalent.

Janvier 1952 : Electro encéphlogramme confirme épilepsie. Mais pas de crises parce que traité, vu régulièrement. Se demande s'il n'y avait pas appréhension au départ.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé bonne. Poids : 73 kgs (69 au moment de l'intervention). Eventration.

* * *

OBSERVATION N° XXXI *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

DIP... Félix, ouvrier armurier, quarante ans.

1935 : Crise typique ulcéreuse traitée médicalement. Echec. 1949 : Ulcère du duodénum. Poids : 54 kgs. Avril : Gastrectomie. Poids à l'exeat : 57 kgs. 45 jours de convalescence.

Actuellement : Travail normal. Fonctionnement digestif normal. Santé actuelle excellente. Poids : 64 kgs 500.

* * *

OBSERVATION N° XXXII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GEO... Henri, quartier-maître-chef, direction du Port, quarante ans.

1947 : Début clinique : Douleurs typiques. Traité médicalement. Amélioration trois mois, reprise.

1949 : Radio : Ulcus juxtapylorique. Poids : 48 kgs. Septembre : Intervention. Polya - Finsterer. Congestion pulmonaire en Décembre. Convalescence deux mois. Poste doux.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Evite féculents, sauces, cinq petits repas. Bâillements, somnolences, post-prandiales. Syndr. Hypoglycémique. Santé bonne. Poids : 51 kgs. Légère asthénie portant sur les membres inférieurs.

* * *

OBSERVATION N° XXXIII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

JEZEQ... Louis, ouvrier règlementé pyrotechnique, trente-et-un ans.

1948 : Douleurs typiques ulcéreuses. Traité médicalement. Amélioration passagère. Ulcus duodénal. Poids : 53 kgs.

1949 : Intervention en Mai. Chûte de poids à 48 kgs. Pas de réhospitalisation. 90 jours d'exemption. Pas de poste doux.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé bonne. Poids : 52 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXXIV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE B... Yves, second-maître chauffeur à la direction du Port, quarante-sept ans.

1938 : Crampes, nausées, aigreurs. Diagnostic porté : hépatisme. Puis diagnostic relevé en 1942 :

1942 : Ulcus du bulbe. Poids : 67 kgs 800.

1949 : Intervention. Sept jours après abcès de l'hypochondre gauche, fistule duodénale, cicatrisatrion. Ulcus confirmé par le laboratoire. Juillet 1949 : état général médiocre, puis reprise de poids : 45 kgs avant, 56 kgs après.

1950 : Pleurocongestion, base gauche. Gastroentérite provenant d'une intoxication alimentaire. Eventration actuelle. Port d'un corset. Convalescence : deux fois 45 jours, plus un mois.

Actuellement : Poste doux. Fonctionnement digestif : anorexie légère, avec diarrhées, parfois pesanteur après grands repas. Santé satisfaisante. Poids : 56 kgs. Formule sanguine et poumons normaux.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXXV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE RAG... François, parachutiste colonial, vingt-sept ans.

1947 : Amibiase, douleurs dans l'abdomen. Nausées. Anorexie, dégout des viandes et des graisses. Niche de la base du bulbe et périviscérite. Traité médicalement. Poids : 59 kgs.

1950 : Polya - Finsterer. Deux mois de convalescence. Fonctionnement digestif mauvais : vomissements, douleurs, constipation, tendance aux syncopes après grands repas.

Actuellement : Santé médiocre, poids : 52 kgs. Point de congestion en 1952.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXXVI *(Hôpital Maritime de Brest)* :

TR... Robert, ouvrier à l'arsenal, ébéniste, vingt-sept ans.

Vers l'âge de 15 ans : douleurs ulcéreuses typiques. Traité médicalement, échec. Ulcère du bulbe duodénal. Œdème du bulbe. Poids : 54 kgs 300.

Juillet 1950 : Intervention. Poids : 50 kgs.

Actuellement : Changement d'activité. Fonctionnement digestif bon, mais pesanteur, somnolence après grand repas. Santé excellente. Poids : 56 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXXVII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

CAM... François, ex-soldat C.R.G., quarante-et-un an.

1943 : Captivité. Douleurs ulcéreuses. Mœlena. Ulcus bulbaire plus gastrite. Poids 59 kgs 500.

Septembre 1950 : Intervention. Polya - Finsterer. Suites opératoires : néant.

Actuellement : Activité normale. Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 61 kgs 700.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXXVIII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

CA... Jean, chef d'équipe, tourneur, quarante-neuf ans.

1942 : Crises ulcéreuses typiques.

1945-1949 : Silence. Reprise. Echec médicalement. 1945 : Pylore anormal à la radio.

1950 : Ulcère diagnostiqué. Poids : 72 kgs. Perte de 10 kgs avant intervention. Mai : Gastrectomie. Polya. Confirmation. Congestion pulmonaire. 157 jours de convalescence.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Somnolence après repas. Travail normal. Santé bonne. Poids : 70 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XXXIX *(Hôpital Maritime de Brest)* :

DAR... Joseph, ouvrier règlementé à l'arsenal, quarante-deux ans.

1948 : Douleurs ulcéreuses typiques, échec du traitement médical.

1950 : Gastrectomie le 23 Juin. Poids : 60 kgs. Pas de suites opératoires. 42 jours de convalescence. Poste doux.

Actuellement : Santé excellente, poids : 64 kgs. Fonctionnement digestif normal.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XL *(Hôpital Maritime de Brest)* :

DEN... Claude, ouvrier à l'arsenal, quarante-huit ans.

1950 : Douleur coup de poignard au creux épigastique, vomissements alimentaires. Ulcus perforé : Intervention. Laparotomie, suture perforation, reprend 3 kgs 300 (52 kgs 400). Juillet : vomissements incœrcibles. Sténose probable du pylore. Radio : Périviscérite avec tiraillements gênant évacuation, intervention le 24 Juillet 1950. Adhérences très importantes à tous les viscères périgastriques. Ulcus térébrant de la face postérieure, plus de trace de l'ulcus ancien perforé suturé. Gastrectomie, Polya - Finsterer. Poids en Septembre 1950 : 51 kgs.

Actuellement : Travail normal. Convalescence deux mois. Fonctionnement digestif normal. Cependant état nauséeux, le matin après déjeuner. Santé bonne, poids : 54 kgs, mais radio montre petite calcification stellaire au niveau de la partie moyenne du champ gauche.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLI *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

HER... Robert, ouvrier règlementé à l'arsenal, trente-neuf ans.

Douleurs typiques ulcéreuses. Traité médicalement pendant deux ans. Ulcus duodénum. Poids : 64 kgs.

Avril 1950 : Intervention. Polya. Suites opératoires. Poids : 60 kgs.

1952 : Tuberculose pulmonaire avec bascilloscopie négative. Stabilisation actuelle.

Actuellement : Reprise normale du travail sous surveillance médicale. Fonctionnement digestif excellent. Santé actuelle bonne. Poids : 63 kgs. Pas d'anémie. Radio pulmonaire : pleurite de la base droite, effacement complet du sinus droit. Vitesse de sédimentation normale.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

HER... Jean, aide-comptable à l'arsenal, cinquante ans.

1935 : Douleurs épigastriques, vomissements, troubles dysentériques (ancien colonial).

1947 : Radio : estomac orthotonique en « J », image diverticulaire duodénale permanente.

29 Décembre 1950 : Ulcus perforé, traité par gastrectomie, type Polya - Finsterer, reprise de poids immédiatement : 53 kgs 200 (plus 2 kgs 300).

Actuellement : Travail normal. Fonctionnement digestif un peu perturbé (douleurs gastriques et digestion lente, parfois vomissements, selles rarement moulées). Santé bonne. 57 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLIII *(Dr. Griffe, Brest)* :

IGNA... Jean, opérateur de laboratoire à l'arsenal, trente-neuf ans.

1945 : Crises ulcéreuses typiques. Ulcus du bulbe, deux ulcères visibles.

1950 : Poids : 61 kgs. Gastrectomie. Polya. L'anatomie pathologique révèle la vieillesse d'un ulcère et la jeunesse de l'autre enflammé. Poids dans les suites immédiates : 52 kgs (— 9 kgs). Anémie à 3.800.000 globules rouges, deux transfusions. Puis reprise de poids de 1 kg 500.

Actuellement : Après convalescence de sept mois : Reprise de l'activité normale. Fonctionnement digestif normal en évitant les sauces et le lait. Santé bonne, poids : 56 kgs 500. Formule sanguine à 5.060.000 G. R.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLIV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

KERMA... Yves, ouvrier règlementé, cinquante-six ans.

1937 : Courtes crises ulcéreuses de deux jours, puis crises se rapprochant. Estomac orthotonique : périviscérite bulbaire, puis :

1948 : En Janvier, lésion minime ulcéreuse cicatricielle de l'antre pylorique. Poids : 47 kgs.

Septembre 1950 : Gastrectomie. Ulcère relativement ancien errodant la muqueuse avec lésion inflammatoire ganglionnaire. Travail effectué normalement. Trois mois de convalescence, fonctionnement digestif normal, quelques douleurs aux premiers six mois après intervention. Quelques étourdissements après repas trop copieux.

Actuellement : Santé excellente. Poids : 57 kgs. Mais parfois selles nombreuses (quatre à cinq) post-prandiales.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLV *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LE G... Lucien, chef d'équipe, quarante-neuf ans.

1946 : Sténose partielle pylorique. Suspicion d'ulcus bulbaire.

1949 : Niche ulcéreuse et œdème du bulbe. Poids : 66 kgs pour 1 m. 76.

Mai 1950 : Polya - Finsterer. Poids : 62 kgs. 45 jours de convalescence. Poste doux.

Actuellement : Fonctionnement digestif : somnolence et lourdeur post-prandiale. Evite graisses et laitages. Poids : 66 kgs. Santé actuelle bonne.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLVI *(Hôpital Maritime de Brest)* :

LEO... Yves, imprimeur à l'arsenal, quarante-quatre ans.

1950 : Ulcus du bulbe. Poids : 62 kgs. Mars : Intervention. Polya - Finsterer. Subtotale. Poids : 59 kgs. Mai : visite : bon fonctionnement radiologique, pas de périviscérite. 45 jours de convalescence plus un mois. Poste doux : imprimeur.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal, évite le pain et les laitages. Diarrhées quelquefois. Poids : 61 kgs. Santé excellente.

OBSERVATION N° XLVII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

DER... René, chef d'équipe à l'arsenal, quarante-huit ans.

1937 : Douleurs typiques ulcéreuses, traitement médical amène amélioration momentanée.

Février 1951 : Ulcère à peine visible à la radio (discuté). Opéré (62 kgs). Avril : Polya, deux ulcères du bulbe. Suites opératoires : Points de congestion. Convalescence : Quatre mois.

Actuellement : Travail normal. Mais lourdeurs, somnolences après repas. Santé bonne. Poids : 57 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLVIII *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GUEN... Robert, gréeur à l'arsenal, cinquante ans.

1948 : Crises ulcéreuses typiques, ulcus du bulbe traité médicalement. Echec.

1951 : Polya - Finsterer (60 kgs). Suites opératoires normales.

Actuellement : Fonctionnement digestif normal. Santé excellente. Poids : 61 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° XLIX *(Hôpital Maritime de Brest)* :

GUY... Rémy, ouvrier règlementé à l'arsenal, quarante-deux ans.

1951 : Gastrectomie.

1952 : Suites opératoires : Tuberculose pulmonaire évolutive, infiltrat apicopulmonaire droit. Bascilloscopie négative. Fonctionnement digestif normal. Reprise de poids : plus 3 kgs. Poste doux. En observation.

★ ★ ★

OBSERVATION N° L *(Dr. Pouliquen fils, Brest)* :

KERVEST... Joseph, mouleur à l'arsenal, quarante-cinq ans.

1948 : Douleurs typiques ulcéreuses. Médicalement traité sans effet : ulcus pylorique. Poids : 66 kgs 500.

Mars 1951 : Intervention. Polya. Poids à l'exeat : 63 kgs. Trois mois de convalescence. Fonctionnement digestif normal. Santé actuelle excellente. Poids : 70 kgs. La radio note le sinus gauche émoussé à la pointe.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LI *(Hôpitaux Maritimes Lorient - Brest)* :

LACH... Antoine, second-maître, maître d'hôtel, trente-sept ans.

1935 : Crises typiques ulcéreuses. Vomissements. Estomac orthotonique hyperkynétique, image suspendue bulbaire.

1937 : Ulcère du bulbe et sclérose périulcéreuse.

Janvier 1938 : Première intervention Gastro - entérostomie supérieure à Lorient. Poids : 65 kgs 700. Tout rentre dans l'ordre jusqu'à Août 1938 : Crises douloureuses post-prandiales. Radio : Transit gastroduodénal normal. Gastrite ? non calmée par kaolin et belladone. Douleurs précordiales. Palpitations.

1945 : On parle d'ulcus peptique probable.

Février 1951 : Degastroentérostomie. Gastrectomie. Polya. Poids : de 57 kgs, passe à 65 kgs, tout va pour le mieux, degré d'invalidité porté à 40 %. Ictère sérieux. Tœniasis en Août. Hospitalisé à Brest en Décembre 1951 pour psychose mélancolique hallucinatoire réactionnelle avec délire de persécution. Poids : 60 kgs.

Juillet 1952 : Etat thymique mixte avec délire secondaire. Poids : 62 kgs. Septembre : Psychose périodique de type sensitif avec délire d'interprétation chez un prédisposé, chocs insuliniques. Novembre : Amélioration.

Mai 1953 : Psychose interprétative. Est distrait de liste d'embarquement. Fonctionnement digestif normal. Santé bonne.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

LE BR... Désiré, tourneur sur métaux, trente-cinq ans.

1951 : Aucun trouble jusqu'à ce jour : ulcus perforé traité par aspiration continue. Traité médicalement. Echec. Poids : 72 kgs. Juillet : Gastrectomie. Polya. Poids : 57 kgs.

Août 1952. Syncope deux heures après les repas de midi.

Le malade reste alité dix jours. Après deux mois de convalescence, reprise du travail normal. Fonctionnement digestif bon mais légère anorexie persistante, pesanteur post-prandiale.

Santé actuelle bonne. Poids : 61 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LIII *(Dr. Pouliquen fils, Brest)* :

MAD... Pierre, chef de travaux à l'arsenal, cinquante-quatre ans.

1929-1948 : Crises typiques ulcéreuses.

1951 : Ulcus du bulbe. Poids : 52 kgs. Août : Gastrectomie. Trois mois de convalescence.

Fonctionnement digestif normal. Santé actuelle bonne. Poids : 57 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LIV *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

ORV... François, manœuvre à l'arsenal, cinquante-deux ans.

1947 : Douleurs ulcéreuses. Traité médicalement. Aucun effet. Ulcus du pylore. Poids : 64 kgs.

Novembre 1951 : Gastrectomie. Trois mois de convalescence.

Actuellement : Poste doux. Fonctionnement digestif excellent (avant : constipation. Maintenant : horaire régulier des selles). Santé actuelle bonne. Poids : 59 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LV *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

SIM... René, ajusteur à l'arsenal, vingt-six ans.

Décembre 1950 : Début.

Janvier 1951 : Perforation, suture. Poids : 68 kgs. Mai : Gastrectomie. Ulcus du pylore.

Juillet 1952 : Brûlures, fatigue, scialorrhée puis vomissements : très mauvaise évacuation par la bouche. Le repos post-prandial amène une amélioration. Poste doux.

Actuellement : Reprise en 1952 du travail normal. Fonctionnement digestif médiocre. Evite graisses. Douleurs s'il ne se repose pas. Diarrhées. Santé actuelle : Poids : 62 kgs. Inquiète le chirurgien.

OBSERVATION N° LVI *(Dr. Griffe, Brest)* :

SAL... Jean, ouvrier à l'arsenal, quarante-cinq ans.

1950 : Crises ulcéreuses traitées médicalement. Echec. Radio : Ulcus duodénal visible, puis disparaissant. Poids : 64 kgs.

Septembre 1952 : Intervention. Poids : 57 kgs après intervention.

Actuellement : Poste doux. Fonctionnement digestif normal. Santé bonne. Poids : 60 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LVII : *(Hôpital Maritime de Brest)* :

MOR... Yves, manœuvre à l'arsenal, cinquante-et-un ans.

1949 : Barre épigastrique après repas. Poids : 60 kgs. Ulcus du duodénum.

Mai 1952 : Intervention. Trois semaines de suppuration. Cinq mois de convalescence. Exempt de travaux pénibles, médiocre fonctionnement digestif (nausées après déjeuner du matin. Diarrhées. Cependant appétit).

Santé actuelle : bonne. Poids : 63 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LVIII *(Dr. Pouliquen, Brest)* :

JOL... Michel, ouvrier ajusteur, quarante-cinq ans.

1946 : Troubles ulcéreux typiques. Traité médicalement. Pas d'amélioration. Ulcère du duodénum. Poids : 56 kgs.

Février 1952 : Intervention longue. Shock opératoire. Deux ulcères duodénaux. Suites opératoires. Shock et fièvre. Auréomycinothérapie. Poids : 61 kgs. Convalescence 3 mois.

Actuellement : Travail normal. Fonctionnement digestif normal, parfois diarrhées. Santé actuelle excellente. 60 kgs. Bronchectasie.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LIX *(Dr. Pouliquen fils, Brest)* :

DIV... Guillaume, ouvrier pyrotechnie.

1942 : Captivité, douleurs typiques ulcéreuses. Traité médi-

calement, amélioration passagère. Radio : deux ulcères du bulbe. Poids : 69 kgs.

1952 : Intervention en Octobre.

Actuellement en repos à domicile. Fonctionnement digestif mauvais (petit repas). Douleurs à type de pincement régurgitation, vomissements bilieux après les repas. Constipation. Lipothymies. Santé : Mauvais état général, en observation. Poids : 59 kgs. Ni anémie, ni accident pulmonaire.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LX *(Hôpital Maritime de Lorient)* :

PEN... Athanase, quartier-maître infirmier, vingt-quatre ans.

Trois crises par an depuis 1948. Déformation permanente du bulbe. Poids : 50 kgs.

1952 : Intervention en Août. Polya. Suites opératoires bonnes. 45 jours de convalescence.

Actuellement : Fonctionnement digestif excellent (petits repas). Santé bonne mais ictère par rétention en Janvier 1953 (possibilité de brides). Poids : 52 kgs.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LXI *(Hôpital Maritime de Brest)* :

TAL... Jean, ouvrier appareilleur, quarante-trois ans.

1953 : Captivité : Ulcus perforé diagnostiqué par Mœlena et point de côté. Traité médicalement. Deux séries. Poids : 65 kgs.

1952 : Ulcus du pylore, intervention. Polya - Finsterer. Poids : 53 kgs. Poste doux.

Fonctionnement digestif médiocre (évite graisses, pain frais. Petits repas. Pesanteur et vomissements). Santé actuelle satisfaisante. Poids : 57 kgs.

Nous ajoutons ici quatre observations qui nous ont été rapportées par le Dr. Véron, Médecin des Gens de Mer de Concarneau.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LXII :

PIR... Ferdinand, marin de commerce, quarante-cinq ans.

1952 : Début par hématémèses à Buenos-Ayres. Hospitalisation. Ulcus prépylorique hémorragique non sténosant traité médicalement. 70 kgs.

4 Décembre 1952 : Intervention : Gastrectomie subtotale. Pas de néoformation ni dégénérescence.

Actuellement : Congé Ass. Longue Maladie. Fonctionnement digestif normal. Santé actuelle bonne. 73 kgs .

★ ★ ★

OBSERVATION N° LXIII :

LE GO... Jean, marin pêcheur, quarante-deux ans.

1949 : Perforation en mer non précédée de signes gastriques. Opéré dès son intervention (50 kgs). 1°) Laparotomie susombilicale. Gastrectomie totale. 2°) 20 jours après, réintervention dans la F.I.D. pour péritonite due à une perforation fistuleuse de grêle. Suites opératoires mauvaises : suppuration de la paroi avec début d'éventration. Port d'une ceinture orthopédique. Troubles dyspeptiques. Pas de reprise de l'état général avant le 4e mois.

Actuellement : Reprise de l'activité après 6 mois de repos à domicile. Fonctionnement digestif normal. Plus de troubles dyspeptiques. Pas de ceinture. Santé actuelle excellente. 55 kgs 500.

★ ★ ★

OBSERVATION N° LXIV :

GAR... Marc, marin pêcheur, quarante ans.

1949 : Maladie ulcéreuse ou linite plastique. 62 kgs.

1952 : 1°) Gastro-entérostomie. Très mauvais résultats. Hémorragies.

1952 : 2°) Gastrectomie totale. Polyulcères de la région préantrale. Suites opératoires médiocres : Troubles gastro-intestinaux marqués. Mauvais état général.

Actuellement : En congé de maladie (Ass. L. Maladie). Fonctionnement digestif mauvais. Petits repas, douleurs, diarrhées. Santé actuelle améliorée. 67 kgs. Anémie hypochrome bénigne (3.700.000 G. R.).

OBSERVATION N° LXV :

PER... Alexandre, marin pêcheur, cinquante-et-un ans.

1952 : Débarqué pour gastrite avec totale intolérance digestive. Ulcère duodénal. 64 kgs. Gastrectomie sub-totale le 16 Août 1952. Ulcus du bulbe. Réaction de périduodénite assez étendue. Pas de dégénérescence. Suites opératoires excellentes. 67 kgs.

Actuellement : Travail normal. Convalescence : 5 mois et 20 jours. Fonctionnement digestif excellent. Santé excellente. 68 kgs.

★ ★ ★

NOTA. — *Nous ne pouvons spécifier le nom des chirurgiens qui ont effectué ces quatre interventions.*

CHAPITRE V

PATHOLOGIE ÉLOIGNÉE DE LA GASTRECTOMIE

De nombreux auteurs se sont penchés sur les séquelles de gastrectomie. A l'heure actuelle, elles sont bien connues au point de vue clinique surtout. Leur nature est plus difficilement interprétable.

Nous ne pourrons faire une synthèse de toutes les statistiques que nous avons étudiées. Elles sont parfois très dissemblables, bien que la sincérité des auteurs ne puisse être mise en doute.

Nous sommes persuadés que l'Etat général du sujet avant l'opération, la technique opératoire, les directives données après l'intervention, les recrutements statistiques, doivent intervenir dans la fréquence et les variétés de séquelles.

Nous rappellerons les diverses données statistiques en étudiant chaque chapitre de cette pathologie et nous les comparerons aux nôtres.

Verne a donné une classification très claire de ce qu'il appelle « la rançon de la gastrectomie ». Il a divisé les séquelles en trois grands chapitres et considère trois types de malades :

— Les inadaptés.
— Les grands douloureux.
— Les carencés graves.

« Cela n'a que la valeur d'un schéma, dit-il, souvent ces divers mécanismes sont intriqués. Il faut se garder aussi dans cet acte de contrition, de tout extrémisme qui condamnerait sans procès la gastrectomie. Elle est le plus sûr traitement que nous possédions de la maladie ulcéreuse et parfois avec des suites d'emblée parfaite ».

Nous voudrions ici placer quelques considérations d'ordre pratique que nous avons retirées de notre étude.

1° - Nous avons d'abord été frappé par le fait que l'ulcère gastro-duodénal sévit seulement dans une classe sociale bien définie. Cette maladie semble être l'apanage de gens mal nourris. Plusieurs auteurs avant nous l'avaient constaté, nous ne faisons que confirmer le fait. Michel Comte accuse les restrictions alimentaires des années d'occupation d'avoir provoqué une recrudescence nette des ulcères de l'estomac.

Nous avons relevé dans nos fiches un nombre fort imposant de sujets qui ont commencé à se plaindre de douleurs ulcéreuses durant leurs années de captivité en Allemagne.

Le Docteur Maurice, Médecin des Gens de Mer au Guilvinec, nous écrit que, dans la région, un marin pêcheur sur vingt environ, a été gastrectomisé. « Les causes sont nombreuses : mauvaise nourriture, repas pris « sur le pouce », à n'importe quelle heure, l'alcoolisme qui dépasse ici tout ce qu'on peut imaginer... Peu de malades suivent un traitement médical, car le régime leur paraît trop sévère ou inapplicable et la gastrectomie a ici bonne presse ».

2° - Dans les suites immédiates de l'intervention, nombreux sont ceux qui ont présenté des complications pulmonaires aiguës, chez neuf sujets, soit 10 %, on a vu se développer un point de congestion avec température. Sous l'action des antibiotiques et de l'exercice spirométrique, tout est rentré dans l'ordre en l'espace de cinq jours.

D'autre part, nous avons relevé six éventrations, soit 7 %. Cette complication apparaît plus fréquente quand on suture la ligne blanche avec du matériel résorbable. A l'heure actuelle, les fils d'acier et de nylon évitent cette complication qui apparaît exceptionnelle.

Notons que ces éventrations se sont produites très tôt après l'intervention et chez des opérés présentant des complications pulmonaires.

3° - Nous avons découvert deux complications plus graves :

une périphlébite des membres inférieurs chez l'un (obs. XXIII) et un infarctus pulmonaire chez l'autre (obs. LII).

Donc, il est nécessaire :

1°) de faire un traitement prophylactique des complications pulmonaires ;

2°) de lever précocement l'opéré ;

3°) d'assurer une suture solide de la sangle abdominale (Nylon ou acier).

En fait, les complications graves mettant en danger la vie de l'opéré restent rares.

Si l'opinion inverse est défendue par certains qui apportent un pourcentage de morts opératoires atteignant 7,15 et même 20 %, on ne peut pour s'en convaincre qu'étudier les statistiques importantes émanant de chirurgiens compétents et rompus à la chirurgie digestive et dans lesquelles la mortalité s'inscrit entre 1 et 3 %. Nous avons relevé un décès sur 104 gastrectomisés pour ulcère à l'Hôpital Maritime de Brest. Décès trois jours après l'intervention. Celle-ci avait fait découvrir un abcès fétide de la loge gastrique et le malade est mort par complication septique.

I. — *LES INADAPTES*

A — *Syndrome du petit estomac.*

Ce trouble fonctionnel est caractérisé par une plénitude gastrique au moindre repas, des lourdeurs, gêne, parfois même des vomissements après un repas copieux.

Nous avons retrouvé ces petits malaises chez la plupart des opérés récents (1952). Uebermuth, de Leipzig, prétend ne les avoir que rarement rencontrés.

Ces manifestations sont apparues sitôt après l'intervention, elles ont duré de six mois à un an, leur pathogénie est discutée : Microgastrie pour les uns, simple déséquilibre fonctionnel pour d'autres (M.-F. Jonckeere).

La Thérapeutique est simple et c'est le malade lui-même qui la découvre. Les troubles cèdent aux repas moyens répétés cinq à six fois par jour.

B — *Le « Dumping Syndrom »*.

Terme proposé par Mix en 1922 ; caractérise une séquelle véritable de la gastrectomie. Il est constitué par des manifestations diverses : lipothymies, sueurs froides au niveau de la face et du front, palpitations, nausées, borborygmes intestinaux, diarrhées, sensation épigastrique désagréable.

Les crises surviennent soit après chaque repas, soit après le le premier de la journée et durent 10 minutes à une heure. Elles apparaissent 10 à 15 jours après l'intervention.

La gravité de ces troubles est variable, rarement intenses au point que le malade évite de s'alimenter. Ils s'atténuent progressivement et disparaissent au bout de trois à quatre semaines.

La pathogénie de cet incident est assez obscure, on a tendance à admettre que la vidange trop rapide du moignon gastrique et la distention brutale du jéjunum en sont la cause.

Le « Dumping-Syndrom » cède rapidement par le decubitus dorsal post-prandial, les petits repas et l'administration de dix à douze gouttes d'acide chlorhydrique dilué. Certains auteurs proposent la prise d'un peu d'huile d'olive avant les repas (Léger).

Une statistique relevée par Léger rapporte 28 cas sur 500 gastrectomies, soit 5,6 % :

— 12 sujets présentaient des troubles banaux pas assez sérieux pour gêner leurs occupations.

— 10 cas où la symptomatologie était telle que les malades devaient interrompre toute activité.

— 6 cas où les malades déclaraient souffrir plus qu'avant l'intervention.

En 1949, Muir, sur une étude statistique de 125 cas rencontre le « Dumping Syndrom » dans 75 % des cas.

Léger rapporte une autre statistique de la clinique Mayo, relative à 112 gastrectomisés pour ulcère ou cancer, plus particulièrement étudiée sous l'angle de ces complications, et y décèle le D. S. dans 12,5 % des cas.

Il semble que l'indice de 75 % des cas établi par Muir soit trop élevé. Peut-être assimile-t-il D. S. et syndrome du petit estomac.

Nous signalons dix manifestations rappelant le « Dumping Syndrom » à des degrés divers : ce qui correspond à 12 %.

C — *Troubles de la glycorégulation :*

a) Syndrome hypoglycémique :

Signalé par de nombreux auteurs : Beckermann, Lapp, Diébold, Birger, Enockson, puis Straaten et Hunermann.

Ces troubles apparaissent après absorption de mets sucrés, après des efforts physiques, après un jeûne prolongé.

A la fin du repas, il se produit une flèche d'hyperglycémie suivie bientôt d'une hypoglycémie avec son cortège de sueurs, asthénie, s'accompagnant de tremblement, sensation de vertige, « sensation de jambe coupée », pouvant aller jusqu'à la perte totale de connaissance.

Straaten et Hunermann ont étudié la glycémie après absorption à jeun de 75 grs de sucre en faisant une prise de sang de demi-heure en demi-heure pendant quatre heures.

Ils ont obtenu une courbe qui passe par un maximum puis un minimum inférieur à la glycémie normale à jeun.

Bertrand et Bidel constatent que la glycorégulation présente des courbes superposables chez les ulcéreux avant traitement et chez les gastrectomisés. Cependant la courbe est plus accentuée chez les gastrectomisés.

Les troubles seraient d'intensité variable non en rapport avec l'étendue de la résection.

Quelle est la pathogénie ?

Gelly, dans un thèse inspirée par le Professeur Creyx, parle « d'une notion d'insuffisance digestive affectant un petit nombre de gastrectomisés et déterminant une diminution des réserves protido-lipidiques qui sont à l'origine de la néo-glycogénèse ».

Pour Broussolle, dans une thèse inspirée par le Professeur agrégé Dubarry, la plupart de ces malades sont des vagotoniques, incontestablement améliorés par une thérapeutique vagolytique. L'auteur cite deux cas où ces troubles ont disparu.

Dans notre série d'observations on relève deux cas de syndrome hypoglycémique.

Le premier malade était hospitalisé en Mars 1951, soit deux ans après l'intervention, pour épisodes lipothymiques. Le laboratoire devait révéler une hypoglycémie paroxystique. Actuellement, ces troubles ont disparu (Observation XXX).

Le deuxième cas est celui d'un opéré de 1949 qui, à l'heure actuelle, nous fait penser à une hypoglycémie matutinale (sensation de jambe coupée et sueurs), mais le laboratoire n'a pu confirmer l'origine de ces manifestations (Observation XXXII).

b) Syndrome hyperglycémique :

A l'opposé de cette hypoglycémie que de nombreux auteurs ont décrite et analysée, nous trouvons chez un opéré de 1944 des manifestations du type diabétique, frustes et paroxystiques. Ce malade entrait à l'Hôpital Maritime de Brest en Décembre 1952 pour un ulcère de la jambe d'apparition récente.

Les examens nous révélaient à cette date :

sucre dans le sang : 1,25 ‰
sucre dans les urines : 5,3 ‰

Nous avons fait refaire ces analyses en Janvier 1953 :

sucre dans le sang : 1 gr.
sucre dans les urines : traces

L'ulcère, à cette date, avait disparu (Obs. 2).

La question est loin d'être résolue. En 1951 Derot et Du-

quesne citaient le cas d'un gastrectomisé chez qui le diabète avait été équilibré à cinquante unités d'insuline avant l'intervention. Peu de temps après cette dernière, le malade entrait en coma diabétique puis présentait des phases d'hypoglycémie.

W.-L. Mandavy (Thèse, Bordeaux 1947) avait été impressionné par une glycosurie qu'il avait retrouvée chez bon nombre de gastrectomisés pour cancer. Pour lui, trois hypothèses expliqueraient cette manifestation.

1° - Insuffisance hépatique.

2° - Abaissement du seuil rénal d'élimination du glucose par atteinte de la chaîne sympathique lors de l'intervention.

3° - Atteinte du centre diabétique du bulbe par action réflexe.

Mais Mandavy n'a jamais retrouvé d'hyperglycémie.

D — *Diarrhée et Constipation.*

a) Diarrhée :

Chez onze sujets, nous avons retrouvé des épisodes diarrhéiques le plus souvent post-prandiaux. Ces épisodes sont apparus très tôt après l'intervention. Chez certains, ils se manifestent par temps froids (2 cas), chez d'autres après un écart de régime (4) ou sans raison (5). Trois de ceux-ci présentent des alternatives de diarrhées et constipations.

Nous avons noté chez un de nos malades une crise diarrhéique dysentériforme très marquée, avec colique et douleurs abdominales (8 jours), chaque année au début du printemps.

Cette diarrhée peut relever de l'insuffisance gastrique avec mauvaise digestion des aliments ; elle cède alors à l'administration d'extraits pancréatiques, de pepsine, d'acide chlorhydrique.

Elle peut avoir pour origine une étiologie infectieuse. Nous avons écrit plus haut que le pouvoir bactéricide de l'estomac étant réduit du fait de l'achylie (Boldyreff), l'envahissement de l'estomac par les colibacilles serait extrêmement fréquent

(Sénèque, Marx Hertel). Cette invasion précoce de l'estomac et du duodénum par des germes inhabituels donne lieu à des dyspepsies de fermentation, augmentées encore par des troubles de la motilité et de la sécrétion.

Le traitement consisterait en l'administration d'acides et d'extraits pancréatiques tout en apportant une restriction hydrocarbonée.

b) Constipation :

Chez trois sujets, nous avons relevé une constipation légère depuis l'intervention.

Un sujet constate une meilleure régulation intestinale depuis l'intervention.

Il semble, en général, qu'il existe une adaptation de l'intestin grêle après gastrectomie, car, au total, nous arrivons à une moyenne inférieure à 18 % de troubles intestinaux légers (15 %). Chiffre notablement inférieur à celui de Gorvett qui trouve 58 %.

MM. A. Varay et P.-J. Dionisi ont étudié le fonctionnement de l'intestin grêle chez trente-trois malades ayant subi une gastrectomie subtotale. Dans la majorité des cas l'aspect et le transit étaient, soit à peine modifiés, soit normaux.

E — *Les petites anémies hypochromes.*

Elles apparaissent dans les suites immédiates le plus souvent. Cependant Morawitz cite trois cas où elles sont apparues six, sept, ou huit ans après l'intervention. Treize ans dans un cas de Planteydt.

On la dit plus fréquente dans le sexe féminin ; voici quelques statistiques :

— 10 anémies pour 12 résections pour Gutzeit.

— Lottrup et Roholm ont 35 % d'anémie moyenne et 20 % d'anémies graves.

— 22 anémies microcytaires et une pernicieuse sur 112 gastrectomies pour ulcus.

Par contre :

Fasiani et Chiatellino, sur 166 cas, ont sept anémies dont six cas graves, chez des femmes.

Schmieden, Bircher, Clairmont, Haberer, Goto, sur des milliers de résections, ne trouvent pas d'anémie ou un ou deux cas isolés.

Notre bilan est de trois anémies hypochomes pour quatre-vingt-dix opérés, soit moins de 4 %. Une d'entre elles apparaît grave (Observation XXV). Les diverses numérations globulaires ont montré à diverses reprises :

Globules rouges : 3.000.000 (Poïkilocytose - Anysocytose).
Hémoglobine : 50 %.
Valeur globulaire : 0,9.

Il est vrai que ce malade est pluricarencé et présente un syndrome de Raynaud. Nous en reparlerons. Les deux autres cas ont régressé très vite par la thérapeutique martiale et les extraits gastriques et hépatiques.

Cliniquement, on constate de la pâleur (dont le degré ne semble pas en rapport avec celui de l'anémie), une peau sèche, une langue pâle et lisse par atrophie papillaire, de l'asthénie.

Certains auteurs ont ajouté à ces signes des brûlures de l'œsophage, de la dysphagie, réalisant le syndrome de Plummer-Winson.

Pathogénie :

Les causes invoquées sont multiples :

1°) - Achylie qui agirait par l'anachlorydrie qui entrave l'absoption du fer, tant au niveau de l'estomac réduit, qu'au niveau de l'intestin.

Mais Strauss trouve 95 % de gastrectomisés anachlorydriques sans anémie, de même Lake sur 65 opérés.

2°) - On a parlé de l'absence du facteur intrinsèque antianémique de Castle .Ce serait une enzyme sécrétée par la paroi gastrique qui, au contact des aliments, donnerait un principe

antianémique. Absorbé par l'intestin, il est mis en réserve dans le foie.

Mais cette hormone est, on le sait, antipernicieuse, or, nous avons affaire ici aux petites anémies hypochromes et, de plus, la persistance d'une partie de l'estomac est suffisante pour fournir à l'organisme le principe intrinsèque. Le facteur de Castle a été d'autre part retrouvé ailleurs que dans l'estomac, en particulier dans le duodénum et dans le colon.

3°) - Il faut donc chercher ailleurs. Le rôle de l'intestin est important. L'absorption intestinale du fer est diminuée et l'alimentation ne se trouve plus suffisante pour compenser les pertes de fer.

D'autre part, il se produit un trouble du métabolisme des acides aminés qui jouent un rôle important dans l'hématopoïèse (Fontes, Thivolle).

Mais en fait, on ne connaît pas le mécanisme intime de ces anémies. Nous en reparlerons au chapitre des anémies graves et des carences.

F — *Les troubles pondéraux.*

C'est avant tout l'Ecole Lyonnaise avec Santy et Mallet Guy, Rochet, Labry, qui a attiré l'attention sur cette chûte pondérale.

De nombreux gastrectomisés présentent une perte ou un manque de reprise de poids malgré un bon état général et une absence de troubles dyspeptiques ou d'anémie.

Nous avons comparé le poids avant l'intervention, aussitôt après l'intervention et actuellement.

Nous avons jugé que seule la différence entre le poids actuel et celui précédant l'intervention, pouvait avoir un intérêt pratique.

Voici les résultats. 90 cas envisagés :

GAIN	Reprise de plus de 20 kgs	3	55
	Reprise comprise entre 10 et 20 kgs.	3	
	Reprise comprise entre 5 et 10 kgs	15	
	Reprise comprise entre 2 et 5 kgs	34	
	Poids inchangé	19	19
PERTE	Perte de 2 à 5 kgs	9	16
	Perte de 5 à 10 kgs	6	
	Perte au-delà de 10 kgs	1	

Il est certain que les statistiques auraient été plus favorables à la reprise de poids si nous avions étudié la différence pondérale entre le poids d'aujourd'hui et celui de la convalescence.

En général, nous avons noté une perte d'environ 6 kgs entre le poids de la veille de l'intervention et celui du départ de convalescence, soit douze jours après gastrectomie.

La reprise pondérale se manifeste rapidement ensuite. Cette reprise est de l'ordre de 10 à 12 kgs. Il peut se produire alors soit :

1° - Une stabilisation ou même une accentuation de la courbe ascendante.

2° - Une chute lente.

Il est probable que la reprise pondérale de la convalescence est le fait du repos et d'une diététique bien observée par le patient (nombreux petits repas en particulier).

Le travail et l'impossibilité d'appliquer un régime convenable peuvent être la cause de ces pertes de poids.

Glaessner, Gordon - Taylor, pensent qu'un certain degré d'insuffisance pancréatique liée à une diminution de la sécrétion gastrique serait l'explication la plus plausible.

Muir attribue la perte pondérale post-opératoire à une mauvaise assimilation des aliments, secondaire aux troubles digestifs. Chez cinq de ces malades amaigris on a trouvé une stéatorrhée, que l'auteur considère comme une des causes de la chute pondérale.

Il est un fait que :

1°) - Ces troubles ne sont pas observés dans la gastroentérostomie qui est plus conservatrice.

2°) - Tibold et Taubenheim, dosant la lipase atoxyl résistante, trouvent une fonction lipasique troublée dans 44 % des cas.

Mais ces manifestations apparaissent transitoires et tous nos opérés anciens examinés — gastrectomies d'il y a quatre ou cinq ans et plus — ont repris leur poids antérieur et même la plupart l'ont dépassé.

C'est également ce que confirment les statistiques de l'École Lyonnaise qui considère ces troubles comme transitoires :

Dans les deux premières années 50 % des cas présentent des reprises imparfaites, entre deux ou trois ans 40 %, de trois à six ans : 15 à 20 %.

Les interventions type Polya et Finsterer, laissant un moignon suffisant semblent donner moins de troubles pondéraux que le Billroth II (Sterhom).

Quant au traitement, on conseillera la prise fractionnée des repas et on luttera contre la baisse de la chlorydrie par l'acide chlorhydrique dilué par voie orale.

G — *L'asthénie et la dyspepsie.*

Nous avons rencontré cinq individus qui se sentaient diminués dans leur force physique et dans leur capacité de travail.

Nous n'avons jamais observé une asthénie isolée. Elle était chaque fois liée à une dyspepsie ou à un syndrome hypoglycémique ou se rencontrait chez de jeunes opérés de 1952.

Le dyspeptique « se plaint de douleurs vagues dans leur siège, dans leur horaire et dans leur caractère, hante les consultations, sollicitant régimes ou médicaments et ne sait souvent mieux s'exprimer que par des éructations dont il se croit un devoir de faire apprécier la sonorité et de décrire la saveur » (Verne).

Ce sont là des symptômes mal définissables où certainement la constitution psychique de l'individu entre pour une grande part.

Nous ne voulons pas pour cela minimiser ces troubles et étiqueter nos sujets hypochondriaques. Certains gastrectomisés sont justiciables de l'invalidité professionnelle obligeant au reclassement. Le Docteur Fichez, médecin du Travail de l'Arsenal de Brest, en a tenu compte.

Il nous est difficile de proposer une médication quelconque aux asthéniques, aux amaigris et aux dyspeptiques — chaque malade doit bénéficier d'une thérapeutique appropriée à son cas —, mais les troubles traduisent avant tout l'essence profondément antiphysiologique de la gastrectomie : la suppression de l'estomac réservoir, de son orifice sphinctérien, de son acidité, de sa sécrétion digestive et hormonale.

II. — *LES GRANDS DOULOUREUX*

Nous avons classé dans cette catégorie :

— La maladie peptique.

— Les gastro-jéjunites.

— Les stomatites.

— Les vices fonctionnels anastomotiques.

Ils sont heureusement peu nombreux ; nous n'avons découvert qu'un seul cas, guéri d'ailleurs, de gastro-jéjunite probable, étiquetée d'abord ulcus peptique.

En général ce sont des malades qui présentent dans les quatre formes le même symptôme : la douleur. Douleur parfois plus intense qu'avant l'intervention, point douloureux localisé sous le rebord costal gauche semblant indiquer le siège de l'anastomotose. Ces malades ne sont pourtant pas des amaigris, ils mènent une activité régulière, mais ce sont les véritables douloureux de l'hypochondre.

Pour Verne, ce serait probablement une faute technique. On connaît les liens qui unissent faute technique et maladie

peptique. Nous empruntons à Verne la physiopathologie de ces accidents :

« Une gastrectomie trop courte vers le haut, la conservation de la muqueuse pylorique dans une résection pour exclusion sont des exemples classiques. Une mauvaise disposition de l'anse anastomotique ne peut-elle pas être aussi une cause d'ulcère peptique ? Ne peut-elle même pas faire souffrir pour son propre compte ? Le trouble fonctionnel et le trouble organique ne peuvent-ils pas se succéder ? ».

Il semble qu'à l'heure actuelle ces manifestations aient disparu.

En 1925 : Bierfed avait réuni 63 cas.

En 1928 : Nystrom et Soderberg insistaient sur le fait que l'ulcère peptique après la résection gastrique était observé neuf fois sur cent chez l'homme, plus souvent après résection pour ulcus duodénal qu'après les résections pour ulcus gastrique. Il s'agissait à cette époque de gastroentérostomie.

En 1930 : Berg découvrait six ulcères peptiques.

En 1939 : Loupias (thèse, Paris) ne signalait aucun cas sur quatre-vingt-huit opérés étudiés.

III. — *LES CARENCES GRAVES*

Nous distinguons trois formes :

1° - Les cachexies œdémateuses avec troubles graves du métabolisme protidique.

2° - Les anémies graves.

3° - La tuberculose pulmonaire aiguë.

A — *Les cachexies œdémateuses avec troubles graves du métabolisme protidique.*

Nous n'avons pas d'exemples dans les quatre-vingt-dix cas étudiés pour illustrer la première catégorie des grands malades de la gastrectomie. Ils existent cependant, mais les cas sont très rares. Une découverte de ces formes fait aussitôt l'ob-

jet d'une publication. Nous citerons quelques exemples à titre documentaire :

Le 15 Octobre 1949, au Congrès des gastro-entérologues français, Cattan, Frumusan et Carasso rapportent l'observation d'une femme de cinquante-six ans chez qui apparut après gastrectomie une anémie avec hypoprotidémie, hyposérinémie et glossite de Hunter. L'administration de liquide protidique de synthèse, la prescription de pilocarpine pré-prandiale amena une nette amélioration que les auteurs attribuent à l'activation de la sécrétion de trypsine. Cette femme est morte d'intervention pour pleurésie purulente et à l'autopsie l'estomac et l'intestin grêle présentaient une atrophie modérée de la muqueuse, le pancréas était légèrement scléreux.

Il peut apparaître, à titre exceptionnel disent les auteurs, après les gastrectomies, un syndrome carentiel complexe et grave avec cachexie, œdème, anémie, diarrhées graisseuses et chute massive des protides et des lipides sanguins dont la cause est inconnue et qui serait consécutif à un défaut massif d'absorption intestinale de protides et lipides. Le meilleur traitement actuel réside en prises fréquentes de petites quantités de lait ou d'aliments synthétiques équilibrés.

Le 21 Avril 1950, Binet, H. Bour et P. Déjours, décrivent un nouveau cas ayant trait cette fois à un gastrectomisé pour ulcus duodénal qui vu un an après l'intervention présenta des troubles digestifs (diarrhées surtout), puis des troubles cutanés, une chute de poids, une asthénie considérable et globale, une infiltration œdémateuse atteignant les membres inférieurs et la face. Les examens biochimiques montraient des altérations importantes de tous les métabolismes portant aussi bien sur les sucres, les lipides, les protides et le calcium.

Les constantes du sang étaient abaissées et le métabolisme basal diminué de 20 %.

Régression momentanée sous l'influence d'une thérapeutique polyvitaminique, surtout du groupe B. Les auteurs ont fait pratiquer des transfusions sanguines associées à un complément d'alimentation synthétique équilibré et à une vitaminothérapie.

Les auteurs pensent qu'il s'agit là d'une polycarence d'assimilation à la fois protidique et vitaminique, carence sous la dépendance d'une altération profonde de la digestion. Cependant la très grande rareté de ces manifestations chez les gastrectomisés fait invoquer aux auteurs le rôle important joué dans le déclanchement des troubles cliniques par la diarrhée.

Weissman-Netter insiste sur les bons résultats obtenus par le régime hyperprotidique chez un malade carencé atteint de diarrhée chronique chez lequel le diagnostic de sprue avait été porté à tort.

On a parlé du psychisme spécial de ces malades qui ont adopté des régimes très spéciaux et qui lors d'une reprise normale de l'alimentation s'en sont trouvés améliorés (J. Weill).

Il y avait peut-être une prédisposition particulière de ces sujets, étant donné la rareté de ces troubles (Hillemand).

B — *Les anémies graves.*

Il est classique de dire que l'ulcère peptique est à la gastro-entérostomie ce que l'anémie est à la gastrectomie.

Et cependant la fréquence des anémies séquelles est discutée, insignifiante pour certains, nullement négligeable pour d'autres. Mais les types morbides réalisés sont eux-mêmes l'objet de controverse : anémie hypochrome que nous avons étudiée, anémie hyperchrome et enfin pernicieuse selon quelques uns.

Nous avons déjà donné les notions physiologiques fondamentales qui justifient à priori la création d'hémopathie après ablation de la quasi-totalité de l'estomac.

1° - C'est tout d'abord l'absence ou du moins la diminution du facteur antipernicieux de Castle.

2° - C'est ensuite la carence martiale due au fait que l'assimilation de fer est diminuée par achlorhydrie. B. Dreyfus rappelle que « la maladie d'Hayem-Faber en est l'expression

classique ». Ici le facteur antipernicieux persiste, le terrain nécessaire à l'apparition de l'anémie mégalocytaire fait défaut et le trouble hématologique qui se fait jour est l'appauvrissement en hémoglobine par insuffisance de fer non assimilé en l'absence d'acide chlorhydrique » (Mettier et Minot, Health, Strauss et Castle).

2° - En troisième lieu ce sont les assimilations défectueuses par insuffisance de la sécrétion gastrique (voisines de la précédente), mais qui portent tant sur les acides aminés que sur les vitamines (on se rappelle qu'il existe après gastrectomie, avitaminose B, C et PP).

4° - Les résultats de l'expérimentation chez l'animal ont montré que la gastrectomie crée une anémie hypochrome, microcytaire, curable par la thérapeutique martiale. Exceptionnellement on a pu obtenir une anémie hyperchrome macrocytaire.

Physiologiquement, la gastrectomie crée des conditions favorables à la constitution d'une anémie. « La résection de la région antropylorique supprime une zone de stimuli de l'élaboration acide, elle crée surtout par le mélange des sucs gastriques et par l'évacuation accélérée du contenu gastrique, une véritable achylie fonctionnelle ».

En réalité, à la lumière de nombreuses statistiques, on peut affirmer la grande rareté des anémies graves.

Nous avons rencontré une seule anémie grave (Obs. XV) qui s'est maintenue malgré une thérapeutique active.

Au point de vue clinique elle réalise un type assez particulier (Le Roux et Vermes) : peau pâle, pigmentée par endroits aux régions découvertes. Les ongles perdent leur brillant, la langue est lisse, dépouillée, douloureuse, gênant la mastication.

Certains auteurs ont décrit d'autres troubles :

— Dysphagie douloureuse (Plummer, Vinson) ;
— Troubles digestifs ;
— Troubles psychiques ;
— Asthénie remarquable.

Le tubage renseigne sur l'anachlorhydrie. L'anémie est aux environs de trois millions d'érythrocytes, la valeur globulaire très basse, 0,30, avec microcytose manifeste (le diamètre des globules rouges atteignant six microns).

La thérapeutique martiale (2 à 10 grs de fer) doit dans ces cas être instituée. Le Professeur Damade propose :

Protoxalate de fer : 10 ctg. ; Poudre de rhubarbe : 10 ctg., pour un cachet. 3 à 5 cachets par jour. 10 à 15 jours par mois.

Ce traitement amène en règle une rétrocession rapide et remarquable des troubles.

On a également signalé des anémies macrocytaires dans le cas de gastrite du moignon. Dans ce cas la valeur fonctionnelle de l'organe est d'autant plus réduite, mais c'est encore une forme rare qui cette fois doit être traitée par les extraits de muqueuse gastrique ou les extraits hépatiques, l'acide foolique et la levure de bière.

C — *Gastrectomie et tuberculose pulmonaire aiguë.*

Doit-on ranger la tuberculose pulmonaire dans la série catastrophique des complications de la gastrectomie ? Quelle est sa fréquence réelle ? Quelle est la part de la gastrectomie dans son apparition ou dans son réveil ?

L'harmonie qui existe entre un estomac et un organisme affaibli par la maladie ulcéreuse, la diététique trop sévère et la sous-alimentation qui en résulte, est brusquement rompue. La tuberculose ne guette-t-elle pas ces opérés quelquefois fortement shockés ?

C'est la question que pose notre camarade Darleguy dans l'introduction de sa thèse (Bordeaux 1951).

La question a été soulevée en 1947 par Olmer et Huguet. Depuis, les statistiques de Diétrich, Steiner, Wolkmann, Engel, Jaksh, les travaux de Moncourge, de Brinton, puis de Cadé et Ravault, font ressortir une certaine relation entre la tuberculose et la maladie ulcéreuse. Certains attribuent à cer-

taines formes d'ulcères une origine tuberculeuse : « des localisations différentes d'une même infection bacillaire ».

Nous avons découvert neuf sujets tuberculeux sur les quatre-vingt-dix dossiers examinés.

Deux sujets avaient été traités avant leur gastrectomie pour bacillose. Celle-ci semblait stabilisée au moment de l'intervention.

L'un d'entre eux meurt par impossibilité d'appliquer une thérapeutique énergique (collapsothérapie) un an après la gastrectomie (Observation 3).

L'autre est actuellement en sanatorium ; sa tuberculose pulmonaire date de 1941, traitée par pneumothorax entretenu de 1941 à 1945. Gastrectomie en 1946. L'évolutivité reprend en 1951, soit cinq ans après gastrectomie.

Les sept autres malades dont nous résumons l'observation étaient indemnes de tuberculose pulmonaire avant la gastrectomie. *Voir page 83)*

Nota. — 49 A : tuberculose ouverte. 49 P : tuberculose présumée - bacilloscopie négative.

Ainsi :

1°) - La tuberculose semble plus fréquente dans le cas de gastrectomie pour ulcus gastrique, cinq pour vingt-cinq cas, soit 20 %, au lieu de deux pour soixante-cinq cas, soit 3 %, dans le cas d'ulcères duodénaux. Les deux derniers cas de tuberculose sont stabilisés : reprise d'activité.

2°) - La tuberculose apparaît le plus souvent chez les sujets de quarante ans à cinquante ans et survient dans la première année suivant l'intervention (cinq cas sur sept).

3°) - La tuberculose a été confirmée chez trois sujets (bacilloscopie positive).

4°) - Trois sujets sont en assurance longue maladie, trois ont repris leur travail sous surveillance médicale. Un subit une cure sanatoriale.

Les 7 cas de tuberculose rencontrés

	N° OBSERVATION	GASTECTOMIE	Apparition de la tuberculose après Gastrectomie	Nature de la Tuberculose	Situation actuelle	Santé actuelle
ULCÈRES GASTRIQUES	1	1942	10 ans	Infiltration sous-claviculaire droite 49 P	Assurance longue maladie	Bonne
	5	1946	4 ans	49 A	Cure sanatoriale	Amélioration
	14	1948	1 mois 1/2	Infiltration sous-claviculaire excavée 49 A	Congé longue durée	Fonctionnement digestif médiocre : syndrome hypoglycémique.
	17	1949	1 an	Voile homogène des deux sommets 49 P	Stabilisation (Ethylisme)	Reprise du Travail
ULCÈRES DUODENAUX	XXI	1951	1 mois	Lobe azygos 49 A	Assurance longue maladie (Ethylisme)	Amélioration
	XXIII	1952	6 mois	Infiltration apicale droite 49 P	Activité	Stabilisation
	XXV	1950	1 an	Pleurésie séro-fibrineuse	Activité	Stabilisation

Différentes enquêtes ont été menées dans les établissements de cure de la région parisienne dont les pensionnaires appartiennent aux mêmes classes sociales. Marche établit qu'on compte actuellement 18 à 28 gastrectomisés pour 1.000 tuberculeux.

Examinons de plus près le tableau ci-dessus :

1°) - Nombre de cas de tuberculose chez les gastrectomisés depuis moins de cinq ans : six sur 90, soit 6,90 %.

- Nombre de cas de tuberculose apparue chez les gastrectomisés depuis plus de cinq ans : un, soit 1,1 %.

Donc, il faut surveiller particulièrement les cinq premières années ; il semble ne plus y avoir de danger après cinq ans. Le cas unique de tuberculose survenu dix ans après l'intervention n'est pas en rapport avec elle.

2°) - Ceci posé, nous pouvons établir le rapport :

$$\frac{\text{Nombre de cas nouveaux de tuberculose}}{\text{Nombre de cas de gastrectomie}} = \frac{6}{90} \text{ soit } 6{,}6\ \%.$$

Rapport comparable à celui de Brochen : 5 % (4 tuberculeux pour 81 opérés).

Nous avons comparé ce pourcentage à celui établi par le Docteur Fichez au cours d'un travail portant sur « la situation tuberculeuse à l'Arsenal de Brest, 1950, 1951, 1952 ». En nous référant au tableau établissant la répartition proportionnelle de cette tuberculose selon les modalités d'apparition chez des sujets de 35 à 45 ans (Age le plus fréquent de nos sujets gastrectomisés), nous pouvons écrire :

	Tuberculose à révélation spontanée	Dépistage systématique	Dépistage individuel
de 35 à 40 ans.	2,84 %	2,82 %	4,6 %
de 45 à 50 ans.	1,82 %	3,47 %	0,21 %

Nous obtenons le rapport total de 5,74 ouvriers tuberculeux pour cent ouvriers. Ce chiffre apparaît important ; le Docteur Fichez ne manque pas de souligner que :

1° - Les tuberculoses à début spectaculaire sont plus nombreuses, jusqu'à quarante ans, que la tuberculose dépistée.

2°) - Le rendement du dépistage systématique est surtout important chez les ouvriers de 35 à 55 ans.

3°) - L'âge de 35 à 50 ans est critique, principalement pour les ouvriers présentant une image radiologique pulmonaire suspecte, mais apparemment stabilisée depuis six mois, un an, deux ans et même plus de cinq ans.

Cet exposé nous rassure, il concerne la même collectivité dont dépend la plupart de nos gastrectomisés ; et notre pourcentage de 6,66 % peut se rapprocher de celui de 5,74 % du Docteur Fichez.

Nous n'allons pas affirmer que la tuberculose éclose chez les gastrectomisés soit indépendante de l'intervention qu'ils ont subie. Les troubles métaboliques consécutifs à la résection, la carence vitaminique, peuvent intervenir. Nous sommes persuadé que l'éthylisme surajouté favorise cette éclosion catastrophique. Deux tuberculeux étudiés plus haut sont des alcooliques avérés.

En résumé, la gastrectomie accroît peut-être les risques de tuberculose, mais certainement moins qu'on ne l'a cru.

« La surveillance radiologique des gastrectomisés doit, à notre sens, dit Marche, être mensuelle pendant le premier semestre, trimestrielle jusqu'à la cinquième année et semestrielle ensuite ».

Nous n'avons pas constaté de particularités dans la tuberculose des gastrectomisés :

1° - Infiltrations micronodulaires ou nodulaires localisées, souvent assez rapidement extensives, multiples et bilatérales.

2° - Ulcérations. Nous avons noté dans le cas de tuberculose après résection pour ulcus gastrique qu'elle est grave

et évolutive, pouvant conduire rapidement à la mort si la thérapeutique appropriée ne peut être appliquée (obs. 3).

G. Brochen a montré dans sa thèse que ce sont les poussées évolutives survenant chez des sujets porteurs de lésions radiologiques avant l'intervention qui ont le pronostic le plus fâcheux.

« Le dépistage de la tuberculose avant et après gastrectomie est donc extrêmement important. Dans le cas particulier, la précocité du traitement est encore plus utile que dans les autres formes de la tuberculose ».

Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer qu'il n'y a pas de thérapeutique particulière : tout l'arsenal médical et chirurgical peut être mis en jeu (exception faite pour le P.A.S. buccal qui est mal toléré chez ces sujets).

RARES COMPLICATIONS DE LA GASTRECTOMIE

I. — *Complications immédiates :*

En dehors des complications pulmonaires, éventrations, phlébites, déjà signalées, il faut noter :

1°) - Le tétanos post-opératoire. On relève de temps en temps quelques cas dans la littérature médicale (A. Hébraud et Sauvet), (Lorizio).

2°) - La pancréatite hémorragique signalée par Warrel, complication qui semble être une faute de technique opératoire par lésions du pancréas (Pancréatite œdémateuse et nécrotique).

3°) - Les hémorragies secondaires par anastomose qui saigne, et par l'ulcère lui-même après gastrectomie pour exclusion (Uebermuth).

4°) - Les troubles de l'évacuation par infection au voisinage de l'anastomose ou par un rétrécissement ou une oblitération de la bouche (œdème, hématome, torsion, action de la traction du mésentère).

II. — *Complications éloignées :*

Elles sont de divers ordres :

1°) - *Ictère.* Il y aurait deux sortes d'ictères consécutifs à l'intervention (Caroli).

a - Les uns obstructifs, secondaires à une sténose papillaire pouvant relever de causes diverses, survenant surtout après l'exérèse d'ulcères adhérents, d'ulcères bulbaires distaux ou post-bulbaires, ou en cas d'insertion anormalement élevée de la papille de Vater.

Nous pensons que l'ictère relevé chez deux de nos sujets (observations LI et LX) entre dans ce cadre. Tous les examens biologiques plaidaient en faveur d'un ictère par rétention.

b - Les autres, entrent dans le cadre plus général des ictères post-opératoires non hémolytiques, pléiochromiques, précoces, bénins, d'étiologie mystérieuse (peut-être surcharge globulaire par perfusions sanguines ou suractivation du métabolisme des pigments biliaires par liquide de conserve).

2°) - *Cholécystopathies.* Elles résultent de la pullulation des germes dans un duodénum en stase et privé de l'action acidifiante du suc gastrique. Sur 1.000 résections, Uebermuth dut réintervenir deux fois pour complications vésiculaires.

3°) - *Cirrhoses biliaires.* MM. R. Cattan et P. Frumusan, et Ph. Parienté ont rapporté deux observations de cirrhoses cholostatiques qui se sont installées après une gastrectomie pour ulcère duodénal. Ces auteurs rappellent les travaux de Caroli et Glaser sur les ictères consécutifs à la gastrectomie. Les conclusions sont les mêmes. Cependant, dans un cas, l'obstacle siégeait très haut sur les voies biliaires alors que Caroli, dans 3 cas sur 5, avait pu mettre en évidence un obstacle très bas sur la partie terminale du cholédoque ou sur l'ampoule de Vater.

★ ★ ★

Nous ne terminerons pas le chapitre de pathologie sans signaler trois malades qui présentent depuis leur gastrectomie des troubles neuro-psychiques.

Observation IX. — Trois mois après l'intervention, le sujet présente des troubles caractérisés par des douleurs dans la nuque, des céphalées frontales et des crampes au niveau des mollets. De plus, il a tenté à maintes reprises de se suicider par prise de barbituriques.

Observation XXX. — Deux ans après intervention le malade présente des épisodes lipothymiques. Des anomalies du tracé électro - encéphalographique dénotent un foyer épileptogène. De plus, le sujet se plaint de douleurs dans les membres inférieurs à la marche (artériospasme). Traité depuis, nette amélioration.

Observation LI — Gastroentérostomie en 1938. Gastrectomie en 1951. Dix mois après : psychose mélancolique hallucinatoire aiguë réactionnelle avec délire de persécution, renouvelée en 1952. On porte alors le diagnostic de psychose périodique de type sensitif avec délire d'interprétation chez un prédisposé. Depuis, traité par chocs insuliniques, amélioration.

Doit-on parler de séquelle véritable de la gastrectomie ?

Ces états morbides doivent être liés à la constitution psychique des trois sujets.

Il y a tout lieu de croire que ce sont là des anxieux neuro-végétatifs.

Chez de tels sujets, la gastrectomie a cristallisé à coup sûr un état psychopatique auquel le bistouri a imprimé un caractère d'organicité.

CHAPITRE VI

TABLEAU SYNOPTIQUE RÉSUMANT LES SÉQUELLES RENCONTRÉES

	Ulcères gastriques (25 Cas)	Ulcères duodénaux (65 Cas)	TOTAL (90 Cas)
Inadaptés :			
Syndrome du petit estomac	+	+	+
Dumping syndrom	8 %	12 %	11 %
S. Hypoglycémique	0	3 %	2,2 %
Diarrhées post-prandiales	12 %	12 %	12 %
Petites anémies hypochromes	4 %	3 %	3,3 %
Amaigris	8 %	15 %	13 %
Asthéniques	12 %	3 %	5,5 %
Dyspeptiques	4 %	14 %	11 %
Grands douloureux :			
Gastro-jéjunite	0	0	0
Stomatite	0	1,5 %	1,1 %
Vice fonctionnel anastomatique ...	4 %	4,5 %	4,4 %
Ulcères peptiques	0	0	0
Carencés graves :			
Anémie grave	0	1,5 %	1,1 %
Agastrie	0	1,5 %	1,1 %
Cachexie	0	0	0
Tuberculose - Apparition	20 %	3 %	6,6 %
Tuberculose - Réveil	4 %	1,5 %	2,2 %

Nota. — + Le syndrome du petit estomac a été rencontré chez la plupart de nos gastrectomisés récents.

CHAPITRE VII

GASTRECTOMIE PROBLÈME SOCIAL

L'avenir du gastrectomisé n'est pas toujours heureux. Nous avons présenté des inadaptés, des douloureux, des carencés, des tuberculeux, des « mutilés de l'estomac » au sens propre du mot. A côté de ceux-là, nous avons opposé un grand nombre de gens heureux qui n'ont plus d'histoire. Cette discrimination ne résume cependant pas tous les aspects des séquelles de la gastrectomie. Le problème de la gastrectomie est aussi un problème social.

Nombreux sont ces malades qui hantent les cabinets de consultation, exposant leurs maux, leurs misères, se faisant faire de nombreux examens coûteux, s'accordant les médications les plus diverses, réclamant chaque fois une prolongation de leur incapacité ou un taux supérieur d'invalidité.

« Le problème, écrit Verne, est très épineux, car il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des troubles fonctionnels et la gravité de la déchéance de certains gastrectomisés... Le fond même de ces séquelles réside dans les raisons suivantes :

— travail manuel nécessitant une dépense physique importante.

— Insuffisance pécuniaire.

— Avantages sociaux.

Faut-il accorder aux convalescents des incapacités prolongées, quitte à les reprendre au moment où ils auront récupéré

tout le potentiel d'activité ? Ou faut-il leur faire reprendre la profession antérieure très vite après l'intervention ?

Nous n'avons pas ici l'intention de résoudre le problème, mais, nous croyons cependant fournir quelques indications intéressantes sur la capacité de travail des ulcéreux gastrectomisés.

Nous avons localisé cette étude aux soixante ouvriers de l'Arsenal de Brest.

Deux possibilités de travail s'offrent à l'ouvrier récemment opéré :

1° - Travail à poste doux : qui correspond à l'activité d'un invalide partiel (travail de bureau, surveillance, pointage) ; c'est ce qui est proposé au convalescent. La solde ne subit pas de préjudice.

2° - Travail à poste normal : c'est celui de la spécialité (métallurgie, menuiserie, gréement, travail de grue, chaudronnerie, etc...).

En principe voici le schéma correpondant à la reprise du travail :

1 - 45 jours de repos à domicile.
2 - Poste doux : trois mois.
3 - Poste normal par la suite.

Notons qu'à l'issue du congé de convalescence, le malade est examiné par le médecin du travail qui juge de l'opportunité de reclasser l'ouvrier ou de lui faire subir les examens que nécessite son état, quitte à prolonger sa convalescence.

Si cette intervention avait eu des suites très satisfaisantes, nous n'aurions dû trouver aucun opéré en poste doux, puisque le recul est d'un an au minimum. En fait, voici les résultats de cette enquête :

Malades hospitalisés ou à domicile..	4	soit 7 %.
Poste doux	11	soit 18 %.
Poste normal	44	soit 75 %.
Retraite	1	

pour soixante ouvriers.

Ainsi, 75 % des opérés ont repris une activité normale ; parmi ceux-là, nous avons rencontré des manœuvres, des grutiers qui travaillent tant de jour que de nuit. Cette activité physique est celle d'individus sains. Les travaux sont exécutés sans une lassitude excessive et les besognes les plus pénibles ne les rebutent pas. Certains effectuent même des travaux qui feraient hésiter beaucoup de sujets parfaitement sains.

Mais 25 % sont invalides.

18 % sont des invalides partiels récupérables.

7 % sont des invalides totaux irrécupérables.

Que représentent les 18 % en poste doux ? Ce sont ceux que nous avons étiquetés « inadaptés » tout au long de notre étude. On peut les sauver. Verne n'écrit-il pas :

« Ces ennuis sont à tel point fréquents dans les suites des gastrectomies, qu'il nous arrive pour les opérés éloignés d'en fournir un véritable abécédaire symptômatique et thérapeutique ».

Ce sont toutes ces petites médications que nous avons proposées plus haut, à savoir : les petits repas riches en graisses et en protides, pauvres en hydrates de carbone, le repos postprandial et la station allongée, le choix des aliments compacts au début du repas pour diminuer la surprise du grêle, l'usage de pepsine et d'acide chlorhydrique.

Il est bon aussi de reprendre le plus possible d'opérés après les quarante-cinq jours de convalescence, sinon on risque d'aggraver leurs troubles par diminution du salaire entraînant les restrictions du loisir et de la table. La reprise précoce du travail évite « d'amenuiser les chances de guérison et d'aggraver la composante psychique de déchéance sociale et parfois même familiale ».

Souvent même, l'amélioration spontanée est mal reçue par ces inadaptés. Ils répugnent à l'avouer, soit qu'ils redoutent d'échouer dans l'effort qu'il faudrait faire encore pour retrouver leur qualité et leur dignité d'autrefois, soit qu'ils estiment sacrilège de perdre les modestes bénéfices que leurs malheurs leur valent dans l'oisiveté.

Il aurait été intéressant de connaître les modifications apportées au rendement du travail après la gastrectomie. Nous n'avons pas étudié ce côté de la question, nous le regrettons vivement. Cependant, nous sommes persuadé que la moyenne annuelle des arrêts de travail a été notablement raccourcie par l'intervention.

Nous citerons à cet effet les statistiques présentées récemment par les Docteurs C. Auguste et J. Looten concernant les gastrectomisés de la S.N.C.F. (région Nord, centre de Lille). Elle porte sur quarante-deux agents de l'exploitation dont les délais écoulés depuis l'intervention datent de deux à dix ans.

La moyenne des arrêts de travail s'élevait à 35 jours par an avant l'intervention ; elle s'abaisse à 19 jours après gastrectomie.

Cette moyenne bien entendu ne tient pas compte de l'arrêt de travail nécessité par l'intervention qui varie, convalescence comprise, de 45 à 120 jours suivant les opérés, avec une moyenne de 90 jours. Chez eux l'activité professionnelle est normale dans vingt-deux cas, presque normale dans sept cas, ce qui veut dire que l'opération a permis de récupérer deux ulcéreux sur trois pour un travail productif.

CONCLUSIONS

La statistique que nous venons de rapporter n'intéresse qu'un nombre restreint de cas. Elle n'échappe pas aux critiques souvent justifiées que les cliniciens adressent aux travaux de ce genre et ne suffirait certainement pas à fonder une opinion sur les avantages et les inconvénients de la gastrectomie. Nous avons cru bon, cependant de la publier parce qu'elle est une contribution à cette question des séquelles.

La gastrectomie, élément essentiel du traitement chirurgical des ulcères, obtient largement 75 % de guérisons et les échecs véritables ne sont pas supérieurs à 8 %. Le reste est fait d'opérés qui présentent des troubles variés mais pas suffisamment intenses pour qu'ils regrettent l'intervention dont ils ont, malgré tout, retiré bénéfice.

Il ne faut pas mettre au passif de cette intervention toutes les manifestations pathologiques que nous avons passées en revue. Cette opération qualifiée de bénigne mérite d'être pratiquée suivant une méthode, une précision dans les détails, qui nécessite une solide expérience de la chirurgie digestive.

« Les mauvais résultats de la chirurgie de l'ulcère sont dus le plus souvent à la prise d'un mauvais départ dans cette chirurgie qu'il faut faire large et bien d'emblée. L'opération première insuffisante ou incorrecte déclenche la cascade des récidives et complications. Ce sont tous ces échecs successifs qui se terminent par des catastrophes » (Charrier).

Pour beaucoup de cliniciens l'ombre qui plane sur la gastrectomie est la tuberculose pulmonaire. Cette intervention, disent-ils, est une cause d'aggravation d'une tuberculose évolutive, du réveil d'une tuberculose ancienne, voire même d'éclosion d'une bacillose sur un sujet jusque-là indemne. D'autres auteurs au contraire affirment que la gastrectomie,

qui permet la reprise de l'alimentation chez un tuberculeux dénutri, a une action favorable sur la tuberculose pulmonaire.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre le problème : Cependant :

1°) - Nous notons une proportion de 6,66 % de tuberculeux chez des gastrectomisés depuis moins de cinq ans. Ce pourcentage dépasse à peine celui de la morbidité tuberculeuse chez des gens non gastrectomisés. Une statistique établie à partir de la collectivité d'où dépend la plupart de nos gastrectomisés, donne 5,74 %.

2°) - Si la proportion de tuberculose est légèrement supérieure après gastrectomie, elle doit être liée à des tares, l'alcoolisme en particulier, plus qu'à des vices de métabolisme, de carence vitaminique ou autre.

3°) - Nous avons noté une fréquence plus grande de tuberculose après intervention pour ulcus gastrique qu'après intervention pour ulcus duodénal. Cinq cas pour 25 ulcères de la petite courbure, soit 20 %. Deux cas pour 65 ulcères duodénaux, soit 3 %. Peut-être est-ce là une simple coïncidence.

4°) - Nous remarquons une plus grande fréquence de tuberculose éclose dans les cinq premières années suivant l'intervention, d'où l'intérêt de faire examiner périodiquement les opérés au moins pendant cinq ans.

Mais tous les aspects des suites de la gastrectomie n'auront pas été étudiés, si on oublie que le problème de la gastrectomie est aussi un problème social. Il convient de ne pas le négliger.

Cette opération permet de récupérer la plupart des ulcéreux, elle abaisse la moyenne annuelle des arrêts de travail et si elle laisse des invalides partiels définitifs, il serait inexact de dire qu'ils n'ont tiré aucun bénéfice de l'intervention. Ces gens souffrent moins et sont à l'abri de nouvelles manifestations ulcéreuses.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Bordeaux, le 7 Juillet 1953.
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER.
Le Président,
R. DUFOUR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 Juillet 1953.
Le Recteur,
E. DELAGE.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABADIE J. (Oran) — Cinq cents Gastrectomies pour ulcus gastro-duodénal.
(Bull. Ac. de Médecine, 1934, p. 276).

ABADIE J. (Oran). — Après vingt ans de chirurgie gastrique pour l'ulcère de l'estomac.
(Pr. médical, 11 Février 1939, p. 219).

AGENCI. — Résultats immédiats et tardifs dans quatre cent quarante-deux cas de gastrectomie.
(Gior. Ven. Sc. Med., 11 Nov. 1937, p. 714).

ANARDI J. (Parme). — Sur l'anémie consécutive à la résection gastrique.
(Ann. Ital. Chir., Mai 1935, p. 451).

ARLOING. — Des ulcères tuberculeux de l'estomac.
(Thèse, Lyon, 1943).

AUGUSTE C. et LOOTEN J. — Enquête sur la capacité du travail des gastrectomisés de la S.N.C.F.
(Région Nord - Centre médical de Lille) (« Notre Métier », 1953, pp. 271-274).

BASSI et CARINI. — Contributo clinico alla conoscenza dei Rapporti fra tuberculosi pulmonare e gastrectomia.
(Reforma Med., 24 sept. 1949, T. 63, pp. 916-918).

BECARD A. et LUQUET G. — Gastrectomies et anémies consécutives.
(Bulletin S.M.P. ,27 Juin 1936, p. 403).

BEHREND. — Résultats de gastrectomies.
(Beitr. Zws. Klinish Clin., Janvier 1932, p. 363).

BERG A. — Résultats éloignés et mortalité de la gastrectomie subtotale pour ulcus gastro-duodénal.
(Annals of Surgery, Sept, 1930, p. 340).

BERGERET A. et VARAY A. — Les troubles de la régulation glycémique après les opérations gastriques.
(Presse Méd., Janvier 1949, N° 7, pp. 101 et 102).

BINET L., BOUR et DEJOURS. — Syndrome multicarentiel chez les gastrectomisés.
(Sem. des Hôp., Sept, 1951, p. 3485).

BJARNE-FREETHEIM. — Post operative hypoproteinemia after gastrectromies.
(Acta chirurgica Scandinavica, 1947, T. 96, Supl. 130).

BOUVIER J. — A propos de l'avenir des gastrectomisés (Présentation d'un jeune homme de 18 ans gastrectomisé à l'âge de 7 ans pour ulcère extériorisé du bulbe).
(Lille Chirurgical, Juillet-Août 1949, pp. 147-150)

BRANDBERG R. — Résultats de la gastrectomie.

BRATTSTROM Eric. — Etude des résultats tardifs après intervention chirurgicale pour ulcères de l'estomac et du duodénum.
(Acta chirurgica scandinavica, Oct. 1931, p. 425).

BRAUSCH. — Résultats des gastrectomies.
(Presse médicale, 1939, Revue des Journaux, p. 109).

BRAZDA (Lomouc). — Sur les troubles du métabolisme des graisses consécutifs à l'intervention transthoracique sur l'œsophage thoracique et sur l'estomac.
(Presse méd., p. 642, 7 Juin 1950).

BROCHEN G. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés.
(Thèse, Paris, 1950).

BROUSSOLLE B. — L'hypoglycémie chez les gastrectomisés.
(Thèse, Bordeaux, 1953, à paraître).

BRULE, HILLEMAND et LOUPIAS. — Résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux.
(Bull. et Mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris, 1940).

BUTLER T.-J. et CAPPER W.-M. — Etude expérimentale de soixante - dix - neuf cas de syndrome post-prandial précoce après gastrectomie.
(British medical Journal, 1951, p. 1177).

CADE et RAVAULT. — Les rapports de l'ulcère gastrique.
(Arch. appar. digestif, 1924).

CARDINAUD. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.
(Thèse de Bordeaux, 1934, Bière, édit.).

CAROLI J. — Les ictères de la gastrectomie.
(Archives des maladies de l'appareil digestif, Paris, pp. 1057-1085, n° 39, 11 Novembre 1950).

CASINI. — Résultats éloignés de cent dix-neuf opérations gastriques.
(Policlinico, Avril 1938, p. 153).

CATTAN R., FRUMUSAN P. et CARASSO R. — Le grand syndrome carentiel après la gastrectomie.
(Le médecin Français, 20 Sept. 1949, T. 10, p. 230).

CATTAN R., FRUMUSAN P. et PARIENTE Ph. — Les cirrhoses biliaires consécutives à la gastrectomie.
(Soc. Méd. Hôp., Paris, 27 Avril 1951).

CHARLES R. et BRYAN ROWLANDS (Ipswich). — Post gastrectomy syndromes and their relation to technic.
(The Journal of the intern. college of Surgeons, Mai 1953, N° 5).

CHARRIER Jean. — Données récentes sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal post-opératoire (U.P.).
(Presse Méd., p. 268 B, suppl. au numéro 21 du 7 Avril 1948).

CHIATELLINO A. — Hypocromic anemia due to total gastrectomy experimental study.
(Gior. med. d'Alto Adige, Février 1939).

COMTE M. — Appareil digestif dans pathologie médicale de Pasteur Vallery-Radot.
(T. II, p. 307).

D'ALLAINES F. — Conclusions sur la gastrectomie totale.
(Mém. de l'ac. de chir., T. 68, N° 22-23).
A propos de dix-huit cas de gastrectomies totales.
(Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, T. 34, N^{os} 1 et 2).

DARLEGUY P.-L.-J. — Contribution à l'étude de la phtisie chez les gastrectomisés pour ulcères gastro-duodénaux.
(Thèse, Bordeaux, 1951).

DEBRAY PERGALA. — Traitement de la glycémie et résection gastrique.
Les accidents hypoglycémiques des gastrectomisés.
(Sem. des Hôp. de Paris, 30 Octobre 1945).

DELOYERS L. — Le problème de la physiologie secrétoire de l'estomac. De la thérapeutique chirurgicale de la maladie ulcéreuse à la lumière de l'étude physiopathologique de la gastrectomie subtotale.
(Presse Méd., N° 59, 1951).

DEROT et CANIVET. — Les troubles glycémiques des gastrectomisés.
(Gaz. méd. de France, 2 Juillet 1952).

DEROT et DUQUESNE. — Contribution à l'étude des diabétiques gastrectomisés.
(Soc. méd. des Hôp. de Paris, 23 Novembre 1951, p. 1328).

DESPLOYES L. et DECLERCQ F. — Etude physiopathologique et clinique des ulcéreux opérés de gastrectomie subtotale type Polya.
(Journal Belge de gastro-entérologie, Décembre 1938, p. 697).

DIAMANT-BERGER. — La prévention des dysfonctionnements de la bouche après gastrectomie.
(Presse Méd., 26 Octobre 1949, p. 1007).

DIEULAFE. — Conséquences physiologiques des opérations gastriques.
(Semaine des Hôp., 18 Février 1949).

DREYFUS B. — Anémies par Agastrie, dans : « Maladies du sang », par Jean Bernard.

DREYFUS G. et SCHILLER J. — Action de la cortisone sur les troubles hypoglycémiques des gastrectomisés).
(Soc. Méd. des Hôp., Paris, 29 Juin 1951).

DUCUING J. et FRANKEL. — La gastrectomie totale chez l'homme.
(Journal de chirurgie, 1934, T. 44).

GABARRA. — Contribution à l'étude du sang dans la gastrectomie totale.
(Thèse de Bordeaux, 1945).

GARNUNG H., FERNAND M. et RAYMOND (M.-J.-H. — Diabète aglycosurique et cirrhose chez un gastrectomisé.
(La revue du foie, Paris, Janvier-Février 1950, pp. 34-39).

GOFFIN. — Considérations éloignées sur deux cents gastrectomisés.
(Soc. de chirur. de Lyon, séance du 26 Mai 1950).

HARVIER P. — Commentaires.
(La revue du praticien, 14 Octobre 1951, pp. 5 et 6).

HEBRAUD A. — Tétanos après gastrectomie.
(Mémoires acad. chirurgie, T. 78, p. 722).

ISORNI, Mlle FABRE, LE MONIET, BOSSAN et LAUGEARD. — La tuberculose des gastrectomisés.
(Rev. de la Tuberc., 1948, T. 12, pp. 393-395).

KREMER K., BERTIN. — Recherches sur la valeur des échanges nutitifs chez les réséqués de l'estomac.
(Zentral blatt für chirurgie, vol. 76, N° 3, 1951, pp. 178-181, 1 fig.).

LAMBLING et CONTE M. — Syndrome multicarentiel tardif des gastrectomisés.
(Sem. des Hôp. de Paris, 1950, p. 3485).

LAMBLING, CONTE M., BOISSIER et ERPMANN. — Syndrome carentiel complexe chez les gastrectomisés.
(Etude biologique. Soc. Méd. Hôp de Paris, Février 1949, T. 65, pp. 151-161).

LAMBLING A. et SOULLARD J. — Médications respectives des traitements médicaux et chirurgicaux des ulcères gastro-duodénaux.
(Revue du Praticien, 1er Octobre 1951, pp. 23-28).

LEFEVRE H. et LORTAT Jacob. — Médications et résultats de la gastrectomie chez les gastrectomisés.
(Rapport au 53e Congrès de Chirurgie, Paris, 1950).

LEGER L. — Le « Dumping Syndrom » après gastrectomie.
(Presse médicale, 11 Janvier 1947).

LOUPIAS P. — Les résultats éloignés des gastrectomisés.
(Thèse médecine, Paris, 1939).

LOYGUE J. — Le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux et ses résultats.
(La revue du Praticien, pp. 16 à 22, du 1er Octobre 1951).

LYNGAR E. (Narvik). — Modifications sanguines après gastrectomie partielle pour ulcus.
(Acta medica Scandinavica, T. 138, suppl. 247, 1950, p. 1132).

MARCHE Jean. — La tuberculose pulmonaire des gastrectomisés.
(Gazette médicale de France, 1er Novembre 1952, pp. 1235-1238).

MAGENDIE J. et TINGAUD. — Sur un cas de gastrectomie totale.
(J. Méd. de Bordeaux, 1946, Nos 9 et 10).

MANDAVY. — Contribution à l'étude des suites éloignées de gastrectomies totales.
(Thèse, Bordeaux, 1947).

MERKLEEN. — Le sang des gastrectomisés.
(Presse méd., Juillet 1956).

MONCOURGE. — Ulcère simple de l'estomac de nature tuberculeuse.
(Lyon médical, 1920, p. 429).

MORELAND. — Total gastrectomy.
(Arch. surg., 1946, p. 52, N° 5).

MUIR A. — Syndromes consécutifs aux gastrectomies.
(The british journal of surgery, Bristol, Octobre 1949. pp. 165-178).

OLIVIER C.-L. — Pneumopathies post-opératoires précoces des interventions abdominales.
(Thèse méd., Paris, 1938).

POHL H. — La prévention des complications pulmonaires en chirurgie gastrique. La vaccination pré-opératoire.
(Bruxelles Médical, Novembre 1934).

PONS H. et DADIDOVITCH. — Les troubles de la glycorégulation dans les suites éloignées des gastrectomies pour ulcères.
(Paris Méd., Janvier 1951, pp. 28-32).

PONS H. et DADIDOVITCH. — Traitement de l'hypoglycémie chez les gastrectomisés.
(Paris médical, 13 Juin 1951).

QUEINNEC Mme. — Tuberculose pulmonaire. Rapports avec les affections gastro-duodénales, en particulier les ulcères.
(Thèse, Paris, 1950, N° 1011).

SANTY. — Gastrectomie et perte de poids.
(Paris médical, Janvier 1939 - Lyon chirurgical, Novembre 1939 - Lyon médical, Octobre 1938).

SANTY, BERARD et LATARGET. — A propos de la gastrectomie totale.
(Lyon chir., T. 33, N° 3, 1944).

SANTY et MALLET G. — Modalités chimiques du fonctionnement des gastrectomisés.
(Lyon méd., Nov. 1938).
Enquête sur les résultats éloignés des gastrectomisés pour ulcère.
(Lyon méd., N° 44, Octobre 1938).

SENEQUE. — L'avenir des gastrectomisés.
(« Les maladies actuelles », Masson, 1942).
Gastrectomie totale pour ulcère post-cardiaque.
(Presse méd., N° 11, 1944).

SIMEON. — La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés.
(Rev. méd. Navale, 1949, T. IV, p. 86).

SIMON A. — Evolution de la thérapeutique digestive en 1952.
(Gaz. Méd. de France, 2 Décembre 1952, pp. 1487-1495).

STERBOUL Is. — Suites éloignées de la gastrectomie.
(Thèse, Marseille, 1941).

UEBERMUTH (Leipzig). — Problèmes chirurgicaux après résection gastrique.
(Zentralblatt für chirurgie, vol., 76, N° 6, 1951, pp. 368-380, 7 fig.).

VERNE J.-M. La rançon de la gastrectomie.
(La revue du Praticien, 1er Octobre 1951, pp. 37-40).

VIVIEN O.-L.-J. — Contribution à l'étude de résections étendues de l'estomac ou de l'intestin grêle sur le métabolisme.
(Thèse, Paris, 1950).

WARREN K. (Boston, Mas.). — Pancréatite hémorragique et lésion du pancréas secondaires aux gastrectomies subtotales.
(Surgery, vol. 29, N° 5, Mai 1951, pp. 643-657).

WEILL R. — Rententissement des résections gastriques chirurgicales sur l'hématopoïèse.
(Thèse de Paris, 1943).

ZANGL A. — Résultats de résections gastriques d'après Finsterer au cours des années 1933-1948.
(Klinische Medizin, Vienne, pp. 701-707, 1er Novembre 1949).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

Chap. I. - Mode d'investigation 13

Fiches (Observation et questionnaire) 14-15

Chap. II. - L'intervention 18

Chap. III. - Conséquences physiologiques de la gastrectomie. 23

Chap. IV. - Observations.

Ulcères gastriques. 31

Ulcères duodénaux 40

Chap. V. - Pathologie éloignée de la gastrectomie. 64

I - Les inadaptés 66

II - Les grands douloureux 76

III - Les carencés graves 77

Rares complications de la gastrectomie 86

Chap. VI. - Tableau synoptique résumant les séquelles rencontrées. 89

Chap. VII. - Gastrectomie, problème social 90

Conclusions. 94

Références bibliographiques 97

Imprimerie E. TAFFARD — 6. rue Métivier, Bordeaux. - Téléph. 28.00